

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YAŞAMBOYU ÖĞRENME VE YETİŞKİN EĞİTİMİ ANABİLİM
DALI
(HALK EĞİTİMİ PROGRAMI)

“HALK SAĞLIĞI” KONULU BİR PROGRAMIN KIRSAL
BÖLGELERDE YAŞAYAN KADINLARIN SAĞLIK
DAVRANIŞLARINA ETKİSİ

DOKTORA TEZİ

Sultan Güçlü

Ankara
Temmuz, 2011

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YAŞAMBOYU ÖĞRENME VE YETİŞKİN EĞİTİMİ ANABİLİM
DALI
(HALK EĞİTİMİ PROGRAMI)

“HALK SAĞLIĞI” KONULU BİR PROGRAMIN KIRSAL
BÖLGELERDE YAŞAYAN KADINLARIN SAĞLIK
DAVRANIŞLARINA ETKİSİ

DOKTORA TEZİ

Sultan Güçlü

Danışman: Prof. Dr. Meral Uysal

Ankara
Temmuz, 2011


JÜRİ ÜYELERİNİN İMZA SAYFASI

Eğitim Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Bu çalışma jürimiz tarafından Yaşamboyu Öğrenme ve Yetişkin Eğitimi Anabilim Dalı'nda DOKTORA TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Başkan.....
Prof. Dr. Meral Uysal (Danışman)

Üye.....
Prof. Dr. Ruhi Selçuk Tabak

Üye.....
Yrd. Doç. Dr. Mehmet Bilir

Üye.....
Prof. Dr. Cevat Geray

Üye.....
Doç. Dr. Hayat Boz

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

22/07/2011

Prof. Dr. Nejla Kurul

Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Bir toplumun uygarlık düzeyi, o toplumun kadına verdiği değerle ilişkilidir. Bu değer yeterince anlaşılmadığı, ya da değerlendirilmediği dönemlerde toplumlar gelişememiş ve ilerleyememişlerdir. Bugün dünyada kadınlar erkeklere göre daha uzun ancak, yaşam kalitesi düşük olarak yaşamaktadırlar. Kadınların yaşam kalitesindeki düşüklük, onların toplumdaki statüleri ile doğrudan ilgilidir. Ülkemizde özellikle kırsal kesimde yaşayan kadınlar sağlık ve eğitim açısından çok daha olumsuz koşullarda bulunmaktadır. Türkiye’de kırsal kesimde yaşayan kadınlara götürülecek eğitim hizmetleri öncelikle ele alınmak durumundadır.

“Halk sağlığı” konulu bir programın kırsal bölgelerde yaşayan kadınların sağlık davranışlarına etkisinin tespit edilmeye çalışıldığı bu araştırmada; kırsal alanlarda yaşayan kadınların halk sağlığı konusundaki eğitim ihtiyaçları, eğitimden beklentileri, eğitime katılma engelleri ve eğitim sonrası bilgi ve davranışlarındaki değişiklikler izlenmiştir. Ayrıca araştırmada kadınların aile ve toplum arasında bir köprü görevi üstlenerek, sosyal sistemin ilerleyişine ve ailede sağlıklı bir iletişim ortamının oluşmasına katkısı nedeniyle kadınların eğitiminin önemi tartışılmıştır.

Ailenin, dolayısıyla toplumun sağlığı ile yakından ilgili olması nedeniyle kadın sağlığının ve kadın eğitiminin öncelikle ele alınması, korunması ve yükseltilmesi gerektiği düşüncesiyle gerçekleştirdiğim bu çalışmada samimiyeti ve sıcaklığını her zaman hissettiğim, konuya ilişkin deneyimleri ile araştırmanın her aşamasında engin bilgisi ve rehberliğinden yararlandığım değerli tez danışmanım Prof. Dr. Meral Uysal’a teşekkürü bir borç bilirim.

Tez izleme komitesinde yer alarak, tezin tasarımı, hazırlığı, yürütülmesi ve değerlendirilmesi aşamalarında anlayış ve desteklerini esirgemeyen; öneri ve eleştirileri ile tezin biçimlenmesine katkıda bulunan değerli hocalarım Prof. Dr. Ruhi Selçuk Tabak ve Yrd. Doç. Dr. Mehmet Bilir’e ve ayrıca doktora eğitimim süresince bütün deneyimlerini ve bilgi birikimlerini, samimiyetle aktaran tüm hocalarıma teşekkür ederim. Ayrıca

Kütahya Halk Eğitimi Merkezi çalışanlarına ve tez çalışmasında yer alan kadın katılımcılara teşekkürlerimi sunarım.

Büyük bir sabırla ve anlayışla beni her konuda destekleyen sevgili eşim, hayat arkadaşım Selahattin Güçlü'ye ve benimle birlikte bu tezi yazan karnımdaki bebeğim Belinay Güçlü'ye de teşekkür etmem gerekir. Elbette, bugünlere gelmemde çok büyük emekleri olan, benim için her türlü özveriyi gösteren anneme, babama ve dünya tatlısı kardeşlerime teşekkürü borç bilir; bu çalışmada emeği geçen herkese şükranlarımı sunarım.

Sultan Güçlü

ÖZET

“HALK SAĞLIĞI” KONULU BİR PROGRAMIN KIRSAL BÖLGELERDE YAŞAYAN KADINLARIN SAĞLIK DAVRANIŞLARINA ETKİSİ

Güçlü, Sultan

Doktora Tezi, Yaşamboyu Öğrenme ve Yetişkin Eğitimi Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Meral Uysal

Temmuz 2011, 207 sayfa

Bu araştırmanın genel amacı, kırsal kesimde yaşayan kadınlar için geliştirilecek “Halk Sağlığı” konulu bir programın kadınların sağlık risk algılamaları ve sağlıkla ilgili davranışları üzerindeki etkisinin belirlenmesidir. Araştırma grubunu, Kütahya İli Köprüören Köyü Halk Eğitim Merkezi’ne bağlı kurslara devam eden, 15 yaşından büyük, okuma-yazma bilen kadın kursiyerler oluşturmaktadır. Çalışmada veriler, anket, görüşme ve odak grup çalışmalarıyla toplanmıştır. Kursiyerlere uygulanan yarı yapılandırılmış görüşme tekniği ve odak grup görüşmesi sonrasında analiz edilen verilerin sonuçları ile halk sağlığı konusunda bir eğitim programı hazırlanmıştır. Katılımcılara başlangıçta araştırmacı tarafından hazırlanan halk sağlığı konulu öntest soruları eğitim programından bir hafta önce uygulanmıştır. 20 günlük bir eğitim programının tamamlanmasının ardından katılımcılara öntest olarak uygulanan testler on gün sonra sontest olarak tekrar uygulanmıştır. Deneysel araştırma modeli ile kadınların eğitim öncesi giriş davranışları ile eğitim sonrası çıkış davranışları öntest-sontest araştırma modeli ile test edilmiştir. Verilerin analizlerinde güvenilirlik analizleri, frekans, yüzdelik, ortalama, standart sapma, paired samples t testi ve varyans analizi kullanılmıştır. Çalışmanın sonucunda, 20 gün süren programlı bir eğitim çalışmasının etkili olduğu görülmüştür. Kadınların eğitim öncesi puan ortalamaları ile eğitim sonrası puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur [$t_{(22)} = 13,52, p < .01$]. Bu eğitim programı, sağlığın yaşamın her kesitinde göz ardı edilemeyecek önemini, özellikle kadın boyutundan ele almıştır. Eğitime katılan bireyler, yalnız kendi bireysel sağlıklarını değil, aile kültürünü ve geleceğini de olumlu yönde etkileyebileceklerdir.

ABSTRACT

THE EFFECT OF A "PUBLIC HEALTH" PROGRAM ON THE HEALTH BEHAVIOURS OF WOMEN IN RURAL AREAS

Güçlü, Sultan

PhD Thesis, Department of Lifelong Learning and Adult Education

Thesis Advisor: Prof. Dr. Meral Uysal

July 2011, 207 pages

The aim of this research is to define the effect of a "Public Health" program called developed for the women in rural areas on women's health risk perceptions and behaviours of health. The study group is composed of female literate trainees of Public Education Centre in Köprüören Village of Kütahya who are above the age of 15. The data were collected through a questionnaire, the interviews and focus group studies. An education program was designed for trainees on public health as a result of the analysis of the data after a semi-structured interviews and focus group interviews had been conducted on the participants. The public health pre-test questions developed by the researcher were asked to the trainees one week prior to the education program. After completing the 20-day training program, during which one training program was conducted a day, the tests were conducted on the participants again as post-test ten days later. The behaviours of the participants before and after the training were analyzed with pre-test post-test research model. Data analysis was done as reliability analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, paired samples t test and variance analysis. Consequently, it was found that the 20-day education program was successful because there was a significant difference between the scores of the participants before and after the training [$t_{(22)} = 13,52, p < .01$]. This education program dealt with the undeniable importance of health in every aspect of life especially from the woman's perspective. The participants will affect not only their own health but also family culture and their future positively.

İÇİNDEKİLER

	sayfa
JÜRİ ÜYELERİNİN İMZA SAYFASI	iii
ÖNSÖZ	iv
ÖZET	vi
ÇİZELGELER LİSTESİ	x
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
BÖLÜM	
1. GİRİŞ	1
Problem	1
Amaç	15
Araştırmanın Önemi	16
Araştırmanın Sınırlılıkları	18
Tanımlar	18
Kısaltmalar	19
2. KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR	20
Köy ve Kırsal Alan	20
Kırsal Alanlarda Kadın	21
Kırsal Alanlarda Sağlık Hizmetleri	23
Kırsal Alanlarda Eğitim Hizmetleri ve Kadın Eğitiminin Önemi	29
Yetişkin Eğitiminde Program Planlama	36
Yetişkin Eğitiminde Program Geliştirme Adımları	45
İlgili Araştırmalar	68
3. YÖNTEM	82
Araştırmanın Modeli	82
Araştırma Grubu	82
Verilerin Toplanması	83
Verilerin Analizi	87
Eğitim Programının Geliştirilmesinde ve Uygulanmasında İlkeler	88

4. BULGULAR VE YORUMLAR	92
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	133
KAYNAKÇA	141
EKLER	151

ÇİZELGELER LİSTESİ

Çizelge 1. Pedagoji ile Andragojinin Varsayımlarının Karşılaştırılması.....	39
Çizelge 2. Araştırmaya Katılanların Demografik Özellikleri	93
Çizelge 3. Katılımcıların Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Test Sorularına Verdikleri Yanıtlar ve Paired-Samples T Testi Sonuçları.....	105
Çizelge 4. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Halk Sağlığı Ön-Test ile Son-Test Puan Ortalamaları.....	129
Çizelge 5. Katılımcıların ÖnTest-SonTest Sonuçları	130

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Andragojik Modelin Adımları.....	39
Şekil 2. Doğrusal Planlama Modeli.....	44
Şekil 3. Doğrusal Olmayan Planlama Modeli.....	45
Şekil 4. Minnesota Üniversitesi, “Genel Eğitim Koleji” nin Program Geliştirme ve Planlamada Kullandığı Desen.....	54
Şekil 5. Katılımcıların Yaşa Göre Dağılımı.....	93
Şekil 6. Katılımcıların Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımı.....	94
Şekil 7. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı.....	94
Şekil 8. Katılımcıların Çocuk Sayılarına Göre Dağılımı.....	94
Şekil 9. Katılımcıların Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası 1. Soruya Verdikleri Yanıtlar.....	108
Şekil 10. Katılımcıların Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası 5. Soruya Verdikleri Yanıtlar.....	110
Şekil 11. Katılımcıların Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası 6. Soruya Verdikleri Yanıtlar.....	111
Şekil 12. Katılımcıların Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası 7. Soruya Verdikleri Yanıtlar.....	112
Şekil 13. Katılımcıların Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası 9. Soruya Verdikleri Yanıtlar.....	114
Şekil 14. Katılımcıların Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası 10. Soruya Verdikleri Yanıtlar.....	116
Şekil 15. Katılımcıların Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası 11. Soruya Verdikleri Yanıtlar.....	117
Şekil 16. Katılımcıların Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası 15. Soruya Verdikleri Yanıtlar.....	121
Şekil 17. Katılımcıların Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası 17. Soruya Verdikleri Yanıtlar.....	122
Şekil 18. Katılımcıların Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası 20. Soruya Verdikleri Yanıtlar.....	123
Şekil 19. Katılımcıların Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası 21. Soruya Verdikleri Yanıtlar.....	125
Şekil 20. Katılımcıların Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası	

24. Soruya Verdikleri Yanıtlar.....	127
Şekil 21. Katılımcıların Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası	
25. Soruya Verdikleri Yanıtlar.....	128
Şekil 22. Katılımcıların ÖnTest-SonTest Sonuçları	130

BÖLÜM I

GİRİŞ

Bu bölümde araştırmanın problemi ortaya konulmuş, amaçları belirtilmiş, önemi açıklanmış, sınırlılıkları vurgulanarak ilgili temel kavramlar tanımlanmıştır.

Problem

Sağlık, insan yaşamındaki en değerli kavramdır. İnsanın sosyal bir varlık olarak kendinden beklenen işlevleri yerine getirmesi, üretken olabilmesi ancak sağlıklı olması ile gerçekleşebilir (Erefe, 1998).

Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı “yalnızca hasta ya da sakat olmama durumu değil beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlamış olmakla birlikte bazı yazarlar (Dignan and Carr, 1992); bu tanımın çevreyi de kapsamı gerektiğini savunmuşlardır. Öte yandan bazı yazarlar da bu tanımın kapsamında duygusal ve ruhsal boyutların da olmasını önermişlerdir. Bugün sağlığı etkileyen hiçbir boyutun göz ardı edilemez olduğu görülmektedir. Çünkü bunların tümü, doğrudan ya da dolaylı olarak birbirlerini etkilemektedirler (Bensley and Brookins, 1998).

Sağlık kavramının ilk açıklanmaya başlandığı zamanlarda Hygieia (Hiji) sağlığı sorumlu ve disiplinli yaşam sürme çerçevesinde ele alırken, Aesculap (Eskülap) hastalıkları yenme sanatı olarak değerlendirmiştir. Hipokrat'ın Hiji'yi destekleyen “İyi, sağlığa götürür.” sözüne rağmen sağlıkla ilgili gelişmeler medikal sınırlar içinde olmuş ve sağlık kavramı hastalık kavramı ile birlikte ya da onun karşıtı olarak alınmıştır. Bu gelişme

sağlığın gerçek anlamıyla anlaşılmasını zorlaştırmıştır. Ancak, "sağlık" kavramının "hastalık" kavramına bağımlı olarak tanımlanmasının doğru bir yaklaşım olmadığı anlayışı da giderek yaygınlaşmaktadır. Sağlık ve hastalığın birbirinin simetriği ya da birbiriyle eşdeğerde olamayacağı görüşü benimsenmektedir. Çünkü, pek çok hastalık olmasına karşın bir tek sağlık bulunmaktadır (Tabak, 2004).

Zamanla doktorların da hasta ve hastalığa karşı davranışlarında bazı değişimler olmuştur. "Tıpta hastalık yok, hasta var" felsefesi bu modern görüşün ışığı altında yeni bir hüviyet kazanmıştır. Böylece doktorlar sadece hastalığın tedavisiyle ilgilenme yerine hastanın ailesini de göz önüne alarak aile bireylerinin tümünü bu hastalıklardan korumanın gerekliliğini benimsemişlerdir. Bu bakımdan koruyucu hekimlik; hastanın sosyal sistemin bir bireyi olduğu, sosyal ekoloji ile hasta arasında kaçınılmaz ilişkiler bulunduğu felsefesine dayanır. Artık doktorlar hastanın tedavisiyle uğraşan bir simyacı olmaktan ziyade hastaya etkide bulunan sosyal nedenlere, aile ilişkilerine, toplum tipine ve diğer görevsel ilişkilere yönelen bir teşhis ve tedavi sorumluluğu ile yükümlüdürler (Türkdoğan, 2006).

Basit olarak denilebilir ki sağlık bir durumdur ve birçok faktörden etkilenmektedir. Sağlığı farkında olduğumuz olmadığımız, kontrol edebildiğimiz edemediğimiz birçok faktör olumlu ya da olumsuz yönde etkilemektedir. Tüm bu faktörlerin etkisiyle sağlığın sürdürülmesi, geliştirilmesi veya hastalıklar ve ölümlerin yaşanması söz konusu olmaktadır (Billingham, 1999). Günümüzde ise sağlık kavramı; optimal sağlık, sağlığı koruma ve geliştirme, sağlık okur-yazarlığı çerçevesinde tartışılmaktadır. Şimdi kısaca bu kavramlar üzerinde durulacaktır.

Optimal sağlık, kişisel kapasite ve var olan çevre koşulları içerisinde en yüksek düzeyde sağlıklı olma anlamına gelmektedir. Optimal sağlığı etkileyen faktörler ise fiziksel, zihinsel, sosyal, ruhsal ve duygusal faktörlerdir. Sağlık eğitimi, bireylere ve topluma kendilerini optimal iyiliğe ulaştırmak için düzenlenmiş etkinliklere yoğun bir şekilde katılırlarken daha kapsamlı ve belirgin değer kalıpları oluşturmalarına yardımcı uygulamaları kapsamaktadır.

Bu nedenle, sağlık eğitiminin en son amacı, bireysel eylemlerin büyük lde doyum sağlayıcı ve insanca yapıcı olması için bireyin potansiyel güçlerini, enerjilerini ve yaratıcılığını zgr bırakmaktır (Tabak, 2004).

Sağlık eğitimi; sağlığa yönelik bireysel ya da ortaklaşa davranışa, gönüllü bir şekilde uyumu hazırlamak, olanaklı kılmak ve güçlendirmek için düzenlenen öğrenme deneyimlerinin herhangi bir bileşimi olarak tanımlanmaktadır (Green, 1998). Başka bir deyişle, sağlık eğitimi; birey ve toplumun sağlığına yönelik, sağlık için kullanılan tüm etkinliklerin ve eylemlerin öğrenme amacıyla düzenlenmesidir. Sağlık eğitiminin temel amacı; bireyin ve toplumun gereksinimlerini karşılayacak, sağlıklı yaşam için kişilerin sağlıklarını korumalarını ve geliştirmelerini, tedavi olanaklarından yararlanmaları ve olumlu bir evre yaratmalarını sağlayacak davranış değişikliğini oluşturmaktır (Fişek, 1983).

Sağlığı geliştirme ise; kişilerin kendi sağlıkları üzerinde kontrollerini artırmayı ve geliştirmeyi olanaklı kılan yöntemdir. İlk önce endüstrileşmiş dünyada ortaya çıkmış, daha sonra WHO tarafından "Herkes için Sağlık" politikasına ulaşmak için anahtar bir strateji olarak uyarlanmıştır. Sağlığı geliştirme; sağlığa yönelik herhangi bir davranış ve yaşam durumu için, eğitim, örgütsel, ekonomik ve çevresel desteklerin bileşimi olarak tanımlanmaktadır (zvarış, 2001).

Sağlığı geliştirme, sağlık eğitimini de içine alarak, ancak daha da ötesinde: risk altındaki bireylerin ya da herhangi bir grubun davranışının kontrol edilmesinin gerisinde yatan temel bir sorun olduğunda, örgütsel, çevresel ve ekonomik destekleri de içermektedir. Sağlığı geliştirme, halk sağlığı ve koruyucu hekimliğin önemli bir parçasıdır (Green, 1998).

Sağlık okur-yazarlığı, bireyin sağlığını iyileştirici şekilde temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini edinebilme, yorumlayabilme ve anlayabilme kapasitesi olarak tanımlanmaktadır (Peerson and Saunders, 2009). Sağlık okur-yazarlığı karmaşık okumaları, dinleyip anlamayı, analitik ve karar verici beceriyi ve bu beceriyi sağlıkla ilgili durumlarda kullanabilmeyi içermektedir (Healty People 2010).

Sağlık okur-yazarlığı, içinde bulunulan koşullara göre değişmekte olup, uzun yıllar süren eğitime ya da genel okuma alışkanlığına bağlı olmak durumunda değildir. Hastalar, sıklıkla bilgiyi değerlendirme, riskleri ve kazançları analiz etme, dozajları hesaplama, test sonuçlarını anlamlandırma ya da sağlıkla ilgili bilgilere nasıl ulaşabilecekleri gibi karmaşık bilgi ve tedavi kararlarıyla karşı karşıyadırlar. Kaliteli bir sağlık hizmeti için hastaların, rahatsızlıklarını doğru ifade edebilmeleri ve hastalık bulgularını olduğu gibi tanımlayabilmeleri gerekmektedir. Yerinde sorular sormaları, verilen tıbbi tavsiyeyi ve tedavi yönergelerini anlayabilmeleri ideal koşullarda beklenen özelliklerdir (Rudd, Kirsch, Yamamoto, 2004).

Sağlığın bozulmasına ya da hastalıkların oluşmasına neden olan ekonomik, sosyal, psikolojik, çevresel ve davranışsal etmenlere risk denir (Tabak, 2004). Epidemiyolojik teoriye göre, korunmanın temelinde risklerin önlenmesi yer alır. Bu nedenle öncelikle risklerin belirlenmesi, ardından da bu risklerin azaltılması ve mümkünse oluşmadan önce önlenmesi gerekmektedir (The World Health Report, 2002). Bunu yaparken en uygun maliyetli ve en uygulanabilir müdahalenin kullanılması esastır. Burada sözü edilen müdahale, "sağlığın geliştirilmesi, korunması, hastalıkların tedavisi ya da rehabilitasyonuna yönelik olarak yapılan ve esas amacı sağlığı iyileştirmek olan herhangi bir sağlık etkinliği"dir. Kural olarak; iyi bilinen, sık görülen, yaygın, uygun risk azaltıcı strateji kullanıldığında etkili biçimde ve kabul edilebilir düzeyde azaltılabilecek risklerin kontrolüne öncelik verilmelidir (The World Health Report, 2002).

Sağlık riskleriyle mücadelede ilk adım halen, birey ve toplum bazında sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarının kazandırılması ve olumlu davranış değişikliklerinin sağlanmasıdır. Bugün, sağlıklı yaşam tarzının kazanılıp sürdürülmesi (sağlıklı beslenme ve düzenli fiziksel aktivite ile ideal beden ağırlığının kazanılıp korunması ve sigara-alkolden uzak durulması), ruh sağlığının korunması, sağlıklı cinsellik için gereken önlemlerin alınması ve trafik güvenliğinin sağlanması konusunda çaba gösterilmesi halinde ölüm ve hastalık yükünün hafifleyebileceği öngörülebilir. Ancak, risk faktörleri dinamik

yapıda olduğundan sürekli izlenmelidir ve halk sağlığı alanındaki öncelikler sürekli olarak yeniden sorgulanarak dinamik sağlık politikaları benimsenmelidir (Baysoy, 2007).

Sağlık hizmetlerinin koruma, tedavi ve rehabilitasyondan oluşan üç boyutu vardır. Ülkemizde bu üç boyutlu hizmet 1961 yılında kabul edilen, 1963 yılında uygulamaya konulan 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi" kanununa ve bunun paralelinde 1978 yılında Kazakistan'ın Alma-Ata kentinde yapılan Temel Sağlık Hizmetleri konferansında belirlenen hizmet modeline göre sürdürülmektedir. Temel Sağlık Hizmetleri; bilimsel olarak geçerli, insanların kabul edebilecekleri yöntemlerle, onların katkıları ve arzuları ile gerçekleşen, ödeyebilecekleri az bir ücretle kolaylıkla ulaşabilecekleri pratik teknoloji ve metotlara dayanan hizmetler olarak tanımlanabilir. Dolayısıyla temel sağlık hizmetleri hem ülkenin ayrılmaz bir parçası hem de toplumun sosyal ve ekonomik gelişiminin hareket noktasıdır (Eren, 1982).

Halk sağlığı terimi 19.yüzyıldan beri topluluk halinde yaşayan insanların sağlıkları ile ilgilenen bir bilim dalı olarak kullanılmaktadır. Halk sağlığı çok yönlü, dinamik ve değişken bir yapıdır. Tarihsel kültürel, organizasyonel, çevresel ve toplum yapısı içeren toplumun farklı yüzlerini, toplumun amaçları, kişisel ve ortak gereksinimleri ile birleştirir. Bu doğrultuda çevre ve sağlık koşullarını düzenleme, iş sağlığı, ruh sağlığı, aile sağlığı, okul sağlığı gibi pek çok konuyu ilgilendiren bir çalışma alanında hizmet verir (McMurray, 1993).

Halk sağlığının geleneksel tanımı, 1923'de Winslow tarafından yapılmıştır. Buna göre halk sağlığı; örgütlenmiş toplum eylemleri yolu ile çevre sağlık koşullarını düzelterek, bireylere sağlık bilgisi vererek, bulaşıcı hastalıkları önleyerek, hastalıkların erken tanı ve koruyucu sağaltımını yürütebilecek sağlık örgütünü kurarak, toplumsal koşulları her bireyin sağlığını sürdürebileceği bir yaşam düzeyi sağlayacak şekilde geliştirerek, hastalıklardan korunmaya, hayatı uzatmaya, beden sağlığı ile çalışma

gücünün artırılmasına olanak veren bir bilim ve sanattır (Bertan ve Güler, 1997).

Halk sağlığı, genel anlamda, “çevre sanitasyonu (hijyen ve sağlık koşullarının oluşturulması ve devam ettirilmesi), bulaşıcı hastalıkların kontrolü, kişisel hijyen eğitimi, tıp ve hemşirelik hizmetlerinin örgütlenmesi ve herkesin sağlığının sürdürülmesi için yeterli olacak yaşam standartlarının sağlanması için organize edilmiş toplum çabaları yoluyla hastalıkları önleyen, yaşam süresini uzatan, sağlığı ve yetkinliği geliştiren bilim ve sanat olarak tanımlanmaktadır (Tabak, 2004).

Geleneksel olarak halk sağlığı genellikle topluma dayalı çevre sağlığı, anne ve çocuk sağlığı, aile planlaması gibi koruyucu hizmetleri dikkate almaktadır. Ancak çağdaş kavramda halk sağlığı, planlama ve sağlık hizmetlerinin tümünün yönetimini de içermektedir. Çağdaş halk sağlığı anlayışının başlıca ilkeleri; toplumsal eşitlik, çevreyle bütünlük, yaşamın bütünlüğü, toplumsal etmenler, hizmetin boyutu, entegre hizmet, ekip hizmeti, sağlık kalkınma ilişkisi, öz sorumluluk, halkın katılımı, korumaya öncelik, risk gruplarına öncelik, önemli hastalıklara öncelik, evrensellik ve koşullara uygunluktur (Tuncel ve ark., 1998).

Bu ilkelerden de anlaşılacağı gibi, halk sağlığı uygulamaları sadece sağlık sektörünün konu alanı değildir. Geniş anlamda toplum dâhil, diğer tüm ilgili sektörler halk sağlığı konusunun içindedir.

Günümüzdeki halk sağlığı anlayışı “toplumsal iyilik” kavramına dayalıdır. Bu anlayış, 1978 yılında yayınlanıp WHO'ya üye tüm ülkelerde benimsenmiş olan Temel Sağlık Hizmetleri, Alma-Ata Bildirgesi'nde ayrıntılı olarak tanımlanmıştır. Konferansta, yalnızca hastalığın ve sakatlığın olmasından daha çok tüm bir bedensel, ruhsal ve sosyal dirliğin topluca oluşturdukları sağlığın, temel insan haklarından biri olduğu üzerinde durulmuştur. Bunun da mümkün olan en iyi bir seviyede tutulmasının dünya çapında en önemli sosyal bir amaç olduğu ve bu amacın gerçekleştirilebilmesi için de, sağlık sektörüne ek olarak birçok sosyal ve

ekonomik sektörün çabalarını gerektirdiği gerçeği bir defa daha vurgulanmıştır (Alma-Ata Bildirisi, 1978).

21 Kasım 1986'da Ottawa' da gerçekleştirilen "Sağlığı Geliştirme" konulu ilk uluslar arası konferans, 2000 yılı ve sonrasında Herkes İçin Sağlık' a ulaşma eyleminin şartını sunmaktadır. Bu konferans, öncelikle, dünyadaki yeni halk sağlığı hareketi için gittikçe büyüyen beklentilere bir yanıt niteliğinde olmuştur. Endüstrileşmiş ülkelerin gereksinimleri üzerinde yoğunlaşan tartışmalar, diğer bölgelerdeki benzer konuları da göz önüne almıştır. Alma-Ata Temel Sağlık Hizmeti Deklarasyonu, WHO'nun Herkes İçin Sağlık Hedefleri dokümanı ile Dünya Sağlık Asamblesi'nin sağlık için sektörler arası eylem üzerine tartışmaları aracılığıyla gerçekleşen başarının üzerine kurulmuştur. Bu konferansa göre; sağlığı geliştirme, insanları sağlıkları üzerinde kontrol gücüne sahip olma ve sağlıklarını geliştirmeye muktedir kılma sürecidir. Tam olarak fiziksel, akli ve sosyal anlamda iyi olma durumunu sağlayabilmek için, birey veya grup, isteklerinin farkında olabilmeli, isteklerini tanımlayabilmeli, çevreyi değiştirebilmeli ve çevreyle uyum sağlayabilmelidir. Sağlık, günlük hayatın kaynağıdır, hayatın hedefi değildir. Sağlık, fiziksel kapasiteler olduğu kadar, sosyal ve kişisel kaynakları da vurgulayan pozitif bir kavramdır. Sonuç olarak, sağlığı geliştirme, yalnızca sağlık sektörüne ait bir sorumluluk değildir, aynı zamanda sağlıklı yaşam tarzlarından gönence doğru ilerlemekte olan bir süreçtir (Ottowa Şartı, 1986).

Türkiye'de sağlık ve sosyal güvenlik ile ilgili ilk yasal düzenlemeler; Cumhuriyetin kurulması ile birlikte devletçilik ve halkçılık ilkesine uygun olarak olgunlaşmıştır. Dünya'da ise 1929 ekonomik bunalımı ile birlikte, toplumsal altüstlere neden olan yapısal bir kriz yaşanmıştır. Toplumsal krizlere yol açan üretim tarzı (kapitalizm) 1970'lerden sonra, gelen bu krizleri mevcut sistem kendisine sahip çıkarak çözümlenmeye çalışmış ve bu amaçla, krizleri aşmaya çalışmak için piyasaları küreselleştirmiş, rekabeti hızlandırmış, tüm kamusal hizmetleri özertleştirmiş ve esnek üretimi benimsemiştir. Çıkış aramaya yönelik ekonomik, siyasi ve ideolojik tercihler, Türkiye'de de sosyal politikaların değişimini sağlamıştır (Emiroğlu 2004; Kocaman 2003).

Dünya Bankası ve Uluslararası Para Fonu'nun dayattıkları yapısal uyum programlarının uygulamaya konması, devleti sosyal niteliklerinden ve sorumluluklarından arındırmayı hedeflemiştir. Devletin kamusal sorumluluklarından çekilmesi ve özellikle de özelleştirme olarak özetlenebilecek bu durum; tüm kamusal alanda olduğu gibi sağlık hizmetinin sunumunu da derinden etkilemiştir (Saçaklıoğlu, 2005). Son yıllarda dünya nüfusunun genel sağlık düzeyinde önemli gelişmeler olmakla birlikte gerek ülkeler arasında gerekse aynı ülkenin farklı coğrafik bölgeleri arasında sağlıkta ve sağlık hizmetlerine erişimdeki farklılıkların giderek arttığı görülmektedir (Saçaklıoğlu, 2005).

Gelişmişlik düzeyi ne olursa olsun bugün ülkeler, giderek artan taleplerle, kaynak kısıtlılığıyla, eşitsizliklerle, yeterli miktarda ve nitelikte sağlık insan gücü oluşturma gibi bir dizi zorluklarla başa çıkmaya yönelik ve bu yönde sağlık sistemleri oluşturma ve bir takım stratejiler geliştirmeye çalışmaktadırlar. Bu stratejilerin gelişiminde belirleyici özelliği olan WHO, 1946'da Anayasa'sına koyduğu sağlık tanımı olan "bedensel, ruhsal ve toplumsal açıdan tam iyilik durumu" nu, 1981'de "kendilerine sosyal ve ekonomik olarak üretken bir yaşam sürdürmeye olanak sağlayan sağlık düzeyi: 2000 yılında herkes için sağlık" olarak yeniden belirler. Bunun anlamı: "Herkes kendi sağlığından sorumludur. Bunun için de üretmek, kazanmak ve ödeme yapmak zorundadır" (Vural ve Taşpınar, 2006).

WHO, Türkiye'nin de içinde olduğu Avrupa Bölgesi ülkelerinde, "21. Yüzyılda Herkes için Sağlık" hedefleri arasında yer alan, 2. hedef; 2020 yılına kadar, ülkelerdeki sosyo-ekonomik gruplar arasındaki sağlıkla ilgili farklılığın, dezavantajlı grupların sağlık düzeylerinin geliştirilerek, tüm üye ülkelerde en az dörtte bir azaltılacağı şeklindedir. Ayrıca ikinci hedefte özellikle; sosyo-ekonomik gruplar arasındaki yaşam beklentisi farkının en az % 25 azaltılması; sosyo-ekonomik değişim gösteren gruplarda hastalık, sakatlık ve ölüm ile ilgili en önemli gösterge değerlerinin daha adil bir şekilde düzenlenmesi; sağlığı kötü yönde etkileyen sosyo-ekonomik koşullar, gelir düzeyleri, eğitimde başarı, iş bulma olanakları arasındaki farklılıkların

düzeltilmesi; yoksulluk içinde yaşayan nüfusun oranının önemli derecede azaltılması; sağlık, sosyal ya da ekonomik koşullar sonucu özel gereksinimleri olan insanların dışlanmaktan korunması ve uygun hizmete kolay ulaşmaları sağlanması konularına değinilmiştir (WHO, HFA 21, 1999).

21. Yüzyılda “Herkes İçin Sağlık” hedefleri arasında yer alan 11. hedefte ise; "2015 yılına kadar sağlıklı yaşam biçimlerinin benimsenmesi, özel olarak da, beslenme, fiziksel aktivite ve cinsellikle ilgili sağlıklı davranışların önemli ölçüde artırılması" nı belirtirken, bu dönem için sağlık eğitiminin konularına da işaret etmiş olmaktadır (WHO, HFA 21, 1999). Bununla birlikte, her ülkenin, toplumların ve grupların o dönem için önemli sağlık sorunlarının ne olduğuna bağlı olarak, sağlık eğitiminin konuları değişiklik gösterecektir.

WHO, yüksek erişilebilir sağlık standardını temel insan hakkı olarak görme fikrini paylaşmaktadır; bu nedenle her ülke, özellikle cinsiyet, ırk, etnik ve gelirle ilgili sağlık ihtiyaçlarına yönelik eşitlik temeline bağlı olarak geliştirilmiş sağlık hedefine ulaşmak için kendi sağlık sistemlerinin performansını geliştirmeye çalışmalıdır (Tallin Şartı, 2008).

Dünya Sağlık Raporu’nda insanın yaşam dönemlerinin her biri için öncelikli müdahale alanları belirlenmiş olmakla birlikte, kadınların sağlık durumlarına özel bir önem verilmiş ve insanlığın 21.yüzyıldaki sağlıkla ilgili geleceğinin büyük ölçüde, kadınların sağlığının ciddi olarak ele alınmasına bağlı olduğu vurgulanmıştır (Şirin, 2008).

Dünya Sağlık Asamblesi’nde (1992), “Kadın sağlığına en üst düzeyde önem verilmelidir” ifadesi yer almaktadır. Bu ifade, WHO Avrupa Bölge Ofisi’nin kadın sağlığına yatırım için girişimde bulunması için cesaretlendirici olmuştur. Doğu ve batı yatırımları arasında giderek genişleyen sağlık farkı ve WHO’nun hakkaniyet taahhüdü sonucunda, girişimin ilk bölümünde WHO Sağlıklı Şehirler Projesi’nde yer alan 11 ülke ve bir şehir üzerine odaklanılmıştır. Girişim çalışmalarının ilk yıl sonuçları –“kadın sağlığının en çok ilgi çeken noktaları (highlights on women’s health) isimli karşılaştırmalı

bir analiz, detaylanabildiği ölçüde ülke profilleri- Kadın Sağlığının Değeri: Orta ve Doğu Avrupa'da Kadın Sağlığı Konferansı"nda sunulmuştur. Konferans, 16-18 Şubat 1994'te Viyana, Avusturya'da yapılmış ve 40 ülkeden 270 katılımcının fikir birliği ile kabul edilmiştir. Bildiride, WHO'nun hakkaniyet taahhütüne, insan haklarına ve temel sağlık hizmetlerine dayanarak kadın sağlığına yaklaşımın temelini oluşturan altı ilke (sağlığa yatırım, insan hakları, yaşam boyu sağlık, güçlendirme, kadın dostu ve uygun hizmetler, cinsiyetler arası ilişkiler) benimsenmiştir (Viyana Bildirisi, 1994).

BM tarafından gerçekleştirilen 4. Dünya Kadın Konferansı, toplumsal cinsiyet eşitliği konusunu gündeme yerleştirme konusunda önemli bir işlev üstlenmiştir. 1995 yılında gerçekleştirilen 4. Dünya Kadın Konferansı diğer konferanslardan farklı olarak bir taahhütler konferansı olmuş ve konferans sonucunda ortaya çıkan Pekin Eylem Platformu'nda belirtilen 12 kritik alanda ülkeler taahhütler üstlenmiştir. Bunlardan biri de 'kadın ve sağlık' tır. Bu konferans dünyanın her yerinde yaşayan kadınlar için eşitlik, gelişme ve barış hedeflerine ulaşma isteğinin bir göstergesi olmuştur (Karakoç, 2005).

Herkes için gerekli ve geniş kapsamlı sağlık hizmetlerinin devamlı gelişmesini sağlayan ve en çok gereksinimi olanlara öncelik tanıyan bütünleşmiş, yöresel ve karşılıklı destekleyici, denetim ve dayanışma sistemleri ile sürdürülmelidir.

Ülkemizde kadınların özellikle de kırsal kesimde yaşayan kadınların eğitim açısından daha dezavantajlı grup oldukları bilinmektedir. Kadınların eğitimden yararlanma durumlarına bakıldığında ilk göze çarpan düşük okuryazarlık oranı ve kadın-erkek okuryazarlık oranı arasındaki çarpıcı farktır. Kadının statüsü açısından eğitim son derece önemli bir faktördür. Kırsal kesimde kadının statüsünün geliştirilmesi eğitim, sağlık ve istihdam açısından eşit olanaklara sahip olunmasına bağlıdır. Bu durum toplumun sosyal ve ekonomik gelişmesi açısından önemlidir (Bircan, 1992).

Eğitim, kadınların özsayıgılarının gelişmesine yardım eden ve kendilerine güvenlerini artıran önemli bir faktördür. Smyke (1991); eğitim alan

kadınların daha geç evlendiklerini, daha küçük bir aileye sahip olduklarını, modern bir aile planlaması yöntemi kullandıklarını, sağlık hizmetlerinden yararlandıklarını, doğumda ve erken yaşlarda çocuklarının ölme oranlarının daha düşük olduğunu ve daha çok gelir elde etme kapasitesine sahip olduklarını belirtmektedir.

Türkiye’de kırsal kesimde yaşayan kadınlara götürülecek eğitim hizmetleri öncelikle ele alınmak durumundadır. Kadınların verimliliklerinin artırılması, sosyo-ekonomik konumlarının iyileştirilmesi ve kararlara daha üst düzeyde katılmalarını öngören eğitim politikalarının etkinleştirilmesi ile değişime uyum sağlanması mümkün olabilir (Bircan, 1992).

Kadınların eğitim durumlarını, ekonomik, sosyal ve siyasal statülerini iyileştirmeyi amaçlayan faaliyetler, ülkemizde Cumhuriyet'in kuruluşundan bu yana gündemdedir. Ancak bugüne kadar gerçekleştirilen çalışmalar daha çok "sorun saptama", "mevcut durumu tanımlama" ve bunlara ilişkin "araştırma" etkinlikleri ile sınırlı kalmış, kadınların üretim temelinde bilgi, beceri, gelir artışı, katılım ve örgütlenmelerinin sağlanmasına dönük kapsamlı uygulamalar yalnızca sınırlı sayıda gönüllü kuruluş ve BM desteğinde bazı kamu kuruluşları tarafından yürütülmüştür (Saltık ve ark., 1994).

Kadın statüsü ile eğitim düzeyi, üretim sürecine katılımı ve elde ettiği gelir arasında pozitif bir ilişki vardır. Kadınlara beceri kazandırılması ve bunun sonucunda ürettikleri ürünleri satarak gelir elde etmeleri; onların ekonomik yaşama daha fazla katılmalarına, kalkınmadan daha fazla pay almalarına, aile ve toplumdaki konumlarının iyileşmesine neden olmaktadır (Bircan, 1992).

Projelerde ayrıca kadının toplum içinde üstlendiği rollere uygun haklar elde etmesi ve toplumsal ilişkiler sisteminde saygınlık kazanması amacı ile eğitim, sağlık, kaynak yönetimi gibi konuları içeren sosyal çalışmalara da yer verilmesi önemlidir. Bu çerçevede; genel sağlık, ana-çocuk sağlığı, toplum ve çevre sağlığı, beslenme, aile planlaması, gelir yönetimi, tüketici hakları, iş kolaylaştırma, vatandaşlık bilgisi gibi konularda yapılacak eğitim

çalışmalarının da projeler kapsamına alınması materyal ve insan kaynaklarının akılcı bir biçimde yönetilmesine ve yaşam düzeyinin yükseltilmesine katkı sağlayabilir (Saltık ve ark. 1994; Gönen ve Özgen, 1993).

İyi desteklenen, ulusal çapta bir yetişkin eğitimi hizmeti kurulması, bütün çağdaş toplumlarda, hem sosyal ve ekonomik, hem kültürel nedenlerle bir ana politika haline gelmiştir. Örgün eğitim kurumlarında devam zorunluluğu vardır. Yetişkin eğitimi ise gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bir yetişkinin eğitim faaliyetine katılması için kendisinde bir ihtiyaç hissetmesi motive olması gerekmektedir. İnsanları düzenli bir öğrenme tecrübesine katılmaya götüren güdüler, sayıca çok olup iç içedirler (Okçabol, 1996). Yetişkin eğitimi faaliyetleri düzenlenirken çok önemli olan bir nokta; bireylerde öğrenme isteğinin oluşturulması, toplumun tüm kesimlerine ulaşacak imkânların sağlanması ve her kesimdeki insana hizmet verebilmesidir (Malkoç,1996).

Geliştirilecek bir programın kime hizmet götürmek üzere hazırlandığı önemlidir. Program ya bireyin, ya bir kurumun ya da bir topluluğun gereksinimlerini karşılamak ve sorunlarını gidermek için geliştirilir (Okçabol, 1996).

Yetişkinin gereksinimine göre düzenlenen eğitim programlarının uluslararası sınıflandırması şu şekilde düzenlenmiştir (Lowe, 1985);

- *Tamamlayıcı eğitim:* Okuma-yazma öğretimi, temel eğitim, orta ve yüksek öğretimi tamamlama etkinlikleri.
- *Mesleki ve teknik yeterlilik için eğitim:* Yetişkini işine hazırlayan ya da mesleği başında, mesleğindeki yeni gelişmeler hakkında bilgi ve beceri kazandırmaya yönelik eğitim etkinlikleri.
- *Daha iyi sağlık, refah ve aile yaşamı için eğitim:* Sağlık, aile, çocuk sahibi olma ve çocuk yetiştirme, kişisel bakım gibi konuları kapsayan eğitim etkinlikleri.

- *Yurttaşlık eğitimi, siyasal ve toplumsal yeterlilik için eğitim:* Yurttaşlık bilgisi, oy verme, siyasal eğitim, toplum gelişmesi, kamu işleri, hak-görev-sorumluluk gibi konuları içeren eğitim etkinlikleri.
- *Özdoyum için eğitim:* Kısa ve uzun süreli her türlü liberal eğitim programları, müzik, sanat, dans, tiyatro, el sanatları eğitimi etkinlikleri.

Dünyanın birçok geri kalmış bölgesinde açlık, yoksulluk, salgın hastalıklar ve bilgisizlik iç içedir. Geniş halk kitlelerinin bilinçlendirilerek kısır döngüden göreceli de olsa kurtarılması ya da en azından kurtarılmaya çalışılması, yetişkin eğitiminin ilke ve yöntemlerini işe koşmayı gerektirir. Lowe'un (1985) da belirttiği gibi yetişkinin gereksinimine göre düzenlenen eğitim programlarından bir tanesi de daha iyi sağlık, refah ve aile yaşamı için eğitimidir.

Sağlık eğitimi uygulamaları, sağlık davranışlarının kazandırılmasında hazırlayıcı, olanak sağlayıcı ve güçlendirici etmenleri içerir. Sağlık davranışlarını etkileyen ve eğitim ile değiştirilebilen hazırlayıcı etmenler bilgi, tutum ve davranışlardır. Bu nedenle sağlık eğitimi önemlidir. Sağlık eğitimi bireyin, grupların, toplumun davranışlarını istedik yönde ve kasıtlı olarak değiştirmeyi amaçlamaktadır (Özvarış, 2001).

Sağlık davranışı ile ilgili çalışmalar son yirmi yılda giderek artmış; sağlık eğitimi ve halk sağlığı hedeflerinin gerçekleştirilmesi ve halk sağlığının başarısının geliştirilmesinde bir amaç olarak tanımlanmıştır (Glanz, Rimer ve Lewis, 2002).

Yetişkin eğitiminin bireysel ve toplumsal düzeyde taşıdığı önem, andragojik temelde "yetişkinlerle birlikte öğrenme" veya "yetişkinlere öğrenmeleri için yardımcı olma" kavramları konunun taşıdığı önem paralelinde üzerinde artık daha sık durulan bir kavram haline gelmiştir. Lowe (1985), yetişkin eğitiminin son hedefini şu sözleri ile ifade etmektedir:

"Yetişkin eğitimi konusunda son hedef, bilginin sürekli olarak değerlendirildiği, genişletildiği ve evrensel olarak yayıldığı bir topluma"

ulaşmaktır. Öğrenme, okulda başlayacak ve yetişkinlik çağında sürecektir. Her düzeydeki toplumsal kurumlar, bireyi ve toplumu eğitmek üzere örgütlenecektir. Bu kuşkusuz, ileriye dönük bir düş, aynı zamanda çok eski bir düştür. Ancak sürekli olarak göz önünde tutulmaya değer bir düştür.”

Türkiye, yaklaşık 80 yıla yakın bir süreden beri batı kültürüne yönelik bir değişim süreci içinde bulunmaktadır. Bu süreç en büyük kentlerden en küçük yerleşim yerlerine varıncaya değin tüm yerleşim birimlerini etkilemektedir. Yerleşim yerlerinin coğrafi konumu ve halkın kültür çeşidi batıya yönelik bu değişimin oluşumunda anahtar rolü oynamaktadır. Batılılaşma, halkın gereksinimlerinden doğan bir olgu olmaktan çok, ona benimsetilmeye çalışılan bir yönelim niteliğindedir. Aslında Türk toplumunun düşüncesine ve kültürüne yabancı olan bu değişim, yavaş da olsa toplumu giderek sarmakta ve onu etkilemektedir. Halen geçerli bulunan yeniliklerin yayılma kurallarına göre, ulaşım olanakları arttıkça, kitle iletişim araçları yayıldıkça ve etkinleştikçe, değişim süreci de buna koşut olarak hızlanarak sürecektir. Batıya yönelik davranış değişiminin tüm bölgelerde ve yöre halkında aynı ölçüde ve aynı şiddette olduğu söylenemez. Genellikle doğudan batıya, kırsal alanlardan kentlere gidildikçe, bu etkinin arttığı söylenebilir. Ayrıca bu sürecin cinsiyet farklılığına göre de değişik olduğunu belirtmek durumundayız. Gerçekten de gerek kırsal alanlarda, gerekse kentlerde değişim daha çok ve öncelikle erkeklere yönelik olmuş ve kadınlar bu değişime uzun süre kayıtsız kalmış ya da daha az uyum göstermiştir (Yıldırak, 2003).

Bugün halen süregelen geleneklere göre kırsal kesimde yaşayan kadınların sosyal konumu; doğurdukları çocukların cinsiyetine, namusla ilgili ilkelere bağlılığına ve geleneksel düşünce içinde bulunan kurallara uyumuna göre değişmektedir. Çünkü kadının içinde bulunduğu aile yapısı, eğitim düzeyi, sosyal ve yerel özgürlüğü, gelir ve mülkiyet varlığı bu değişimi çok yakından etkilemektedir. Toplumumuz bir değişim süreci içine girmiş ve bunun gereklerini yaşamaya başlamıştır. Bu araştırma ile kırsal kesimin temel varlığı sayılan, ona biçim ve yön veren kadının içinde bulunduğu

durumu inceleyerek, yetişkin eğitiminde halk sağlığı konusunda yapılacak eğitim programının, ülkemizdeki uygulamalar anlamında bir örnek oluşturması, alınacak dönütlerin hem konu hakkında bir fikir sahibi olunması, hem de daha sonra yapılacak çalışmalara kaynaklık etmesi bakımından iyi bir örnek olacağı düşünülmektedir.

Bu açıdan, Kütahya Halk Eğitim Merkezi'ne bağlı Köprüören Köyü'nde düzenlenen kurslar, gerek araştırmacının uygulanması açısından yer ve zaman olarak araştırmacıya kolaylık sağlaması, gerekse düzenlenen kurs çeşitliliği ve kursiyerlerin demografik profili açısından araştırmaya çok elverişli olması nedeniyle tercih edilmiştir.

Geliştirilen eğitim programı, kırsal kesimde yaşayan kadınları halk sağlığı konularında bilgilendirme, kadınların davranışlarını yönlendirirken ve değerlendirirken duruma daha geniş bir görüş açısından bakmalarını sağlamak ve bunun sonunda sahip oldukları istenmedik tutumlarında istedik yönde değişimin olmasına yardımcı olmak için tasarlanmıştır. Kadınların, sağlık gereksinimleri konusundaki tutumlarını saptamaya yarayan ve bu konudaki eksikliklerini gidermeyi amaçlayan bir eğitim paketinin gerekliliği, bu araştırmacının gerekçesini oluşturmaktadır.

Amaç

Bu araştırmacının genel amacı, Kütahya İli Köprüören Köyü'nde kadınlar için geliştirilen "Halk Sağlığı" konulu bir programın kadınların sağlık risk algılamaları ve sağlıkla ilgili davranışları üzerindeki etkisinin belirlenmesidir.

Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

1. Sağlık göstergeleri bağlamında kırsal kesimde yaşayan kadınların sağlık eğitimi ihtiyaçları nelerdir?
2. Köprüören Köyü Halk Eğitim Merkezi'nde bulunan kadınların kendi algılarına dayalı olarak, belirttikleri sağlık eğitimi ihtiyaçları nelerdir?

3. Çalışma grubunda, sağlık ihtiyaçlarını belirlemek üzere geliştirilen bilgi testinin (ön testin) ortaya koyduğu eğitim ihtiyaçları nelerdir?
4. Geliştirilecek olan sağlık eğitimi programının çalışma grubunda bulunan kadınların sağlık davranışları üzerindeki etkisi nedir? Katılımcılara uygulanan ön test ve son test puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

Araştırmanın Önemi

Sağlık eğitimi ile temel olarak, sağlığı toplumsal bir değer haline getirmek, halkı sağlık sorunlarını çözmek için kullanabileceği bilgi ve becerilerle donatmak, sağlık hizmetlerinin gelişmesini sağlamak amaçlanır. Bu amaçlar, ulusal ve toplumsal ihtiyaçlara göre çeşitlilik gösterir. Sağlık; davranış örüntüleri ve bireyin çevresi tarafından belirlendiğine göre, sağlık eğitimi sağlıkla ilgili "bilgi vermek" işi ile sınırlandırmak doğru değildir.

Sağlık eğitimi, sadece "sağlık profesyonellerince doğru olan birtakım bilgilerin", birey ve toplum sanki "pasif alıcılarmış" gibi, tek yönlü olarak aktarılması işi olarak görmek son derece yanlıştır. Sağlık eğitimi ile birey ve toplumda istenilen yönde davranış değişikliği oluşturabilmek için, toplumun kendi önceliklerini, beklentilerini, gelenek ve göreneklerini, inançlarını, sağlık ve hastalık konularındaki algılamalarını çift yönlü iletişimle, yani toplumla birlikte saptamak ve eğitim programlarını bunlara dayandırarak geliştirmek ve uygulamak gerekir.

İnsanların ekonomik ve sosyal olanaklara kavuşmaları için gerekli olan bilgi, beceri ve tutumlar eğitim ile kazanılmaktadır. Gerek sosyal, gerekse coğrafi imkânsızlıklar nedeniyle örgün eğitimden yoksun kalmış veya örgün eğitimi tamamlayamadan süreçten ayrılmış kimselere verilecek olan eğitim, bireylere daha nitelikli bir hayata kavuşma fırsatı verirken, toplumsal anlamda gelişmenin de anahtarı konumundadır.

Ailenin, dolayısıyla toplumun sağlığı ile yakından ilgili olması nedeniyle kadın sağlığının öncelikle ele alınması, korunması ve yükseltilmesi gerekmektedir. Kadının gerek annelik gerekse toplumsal görevlerini yerine getirebilmesi için sağlıklı olması ve sağlığı geliştirme davranışlarını uygulaması önem taşımaktadır. Sağlığı geliştirme davranışlarının belirlenmesi ile ilgili belirli gruplar üzerinde (işçiler, sağlık personeli, lise öğrencileri, hemşirelik öğrencileri) çalışmalar yapılmış olmasına karşın, sağlıklı bir toplum oluşturulmasında rolü olan kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve bu davranışları etkileyebilecek özellikleri belirleyecek araştırmalar sınırlıdır. Bu nedenle kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi ve kadınlara sağlıkları ile sorumluluklarının kazandırılmasında eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmesi gerekmektedir. Bu nedenle, düzenlenen halk sağlığı konulu bir eğitim programının, kadınların yaşam kalitelerinin artırılmasına da katkı sağlayabildiği düşünölmektedir.

Sağlıklı bir toplum için önemli bir yatırım olan kadın sağlığının korunması ve geliştirilmesi, kadınların kendi sağlıkları konusunda daha fazla sorumluluk almaları ile mümkün olabilir. Kadınlara bu sorumlulukların kazandırılması ve doğru sağlık davranışlarının öğretilmesi için sağlık çalışanlarına ve eğitimcilere önemli görevler düşmektedir. Bu nedenle yetişkin eğitiminin yaygınlaştırılması günümüz toplumsal yaşamı için kaçınılmazdır. Düzenlenen eğitim programları ile toplumdaki ergenlik çağındaki genç kızlar ve kadınlar eğitilerek, doğru sağlık davranışları öğretilir ve sağlığın korunması ve geliştirilmesine katkı sağlanabilir. Bu eğitimler sonucunda doğru sağlık davranışlarının kazandırılması ile sağlık sorunlarının yaygınlığı ve tekrarlanma olasılığı ortadan kaldırılmış olacaktır. Bu durumda kadınların ve böylece toplumun sağlık düzeyleri artacak; ayrıca gereksiz sağlık harcamalarının da azalacağı umulmaktadır.

Gerek bireysel, gerekse toplumsal anlamda çok önemli olan yetişkin eğitiminde başarılı olabilmek için neler yapılmalıdır? Verilecek olan halk sağlığı eğitimi ile birey ve toplumda istenilen yönde davranış değişikliği nasıl oluşturabilecektir? Bu soruların cevaplandırılması yetişkin eğitimi faaliyetlerinde sağlık eğitimine olan bakış açısını değiştirecektir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Araştırma, Kütahya İli Köprüören Köyü'nde düzenlenecek kurslara katılacak olan kadınlarla sınırlıdır.
2. Bu araştırma, halk sağlığı eğitiminin, kadınların sağlıkla ilgili davranışlarına etkisini belirlemekle sınırlıdır.
3. Bu araştırma, Kütahya İli Köprüören Köyü'nde verilen eğitimin etkililiğini ölçmekle sınırlıdır. Zamansal değişim ve gelişim belirlenememiş, izleme araştırması yapılamamıştır.

Tanımlar

Sağlık: Yalnızca hasta ya da sakat olmama durumu değil; beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir.

Sağlık Eğitimi: Bireylerin ve toplumun sağlığının geliştirilmesi, sürdürülmesi ve iyileştirilmesi ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları kolektif olarak belirleyen etkileşimler bütünlüğüdür.

Halk Eğitimi: Yurttaşların çalışma gücünü artırmak, yaşayış seviyesini yükseltmek, milli ve insani erdemlerini geliştirmek amacıyla okul eğitimi dışında veya yanında yapılan eğitim ve öğretim çalışmalarıdır.

Halk Sağlığı: Organize edilmiş toplum çalışmaları sonunda çevre sağlığı koşullarını düzelterek, bireylere sağlık bilgisi vererek, bulaşıcı hastalıkları önleyerek, hastalıkların erken tanı ve koruyucu tedavisini sağlayarak, sağlık örgütleri kurarak, toplumsal çalışmaları her bireyin sağlığını sürdürecektir bir yaşam düzeyini sağlayacak biçimde geliştirilerek hastalıklardan korunmayı, yaşamın uzatılmasını, beden ve ruh sağlığı ile çalışma gücünün artırılmasını sağlayan bir bilim ve sanattır.

Kısaltmalar

HFA: Health For All

HİS: Herkes İçin Sağlık

ICED: International Council for Educational Development

GSMH: Gayri Safi Milli Hasıla

GSYİH: Gayri Safi Yurt İçi Hasıla

OECD: Organization for Economic Co-operation and Development

RİA: Rahim İçi Araç

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TDH: Toplam Düşük Hızı

WHO: World Health Organization

BÖLÜM II

Kuramsal Çerçeve ve İlgili Araştırmalar

Araştırmanın bu bölümünde kuramsal çerçeve; kırsal alan, eğitimde program geliştirme ve ilgili araştırmalar olmak üzere üç boyutta incelenmiştir. Kırsal alan boyutunda köy ve kırsal alan; kırsal alanlarda kadın; kırsal alanlarda sağlık hizmetleri; kırsal alanlarda eğitim hizmetleri ve kadın eğitiminin önemi başlıkları üzerinde durulmuştur. Eğitimde program geliştirme boyutunda ise eğitim programı; program geliştirme; eğitimde program geliştirme modelleri; yetişkin eğitiminde program planlama ve yetişkin eğitiminde program geliştirme adımları incelenmiştir.

Köy ve Kırsal Alan

En küçük yerleşim birimi olan köyün çeşitli yönleriyle pek çok tanımı yapılmıştır. Bir yerleşim birimi olarak köyün tanımı 1924 tarihli “Köy Kanunu”nun 1. ve 2. maddelerinde şöyle yapılmaktadır:

“1- Nüfusu iki binden aşağı yurtlara köy denir.

2- Cami, mektep, otlak, yaylak, baltalık gibi orta malları bulunan ve toplu veya dağınık evlerde oturan insanlar bağ ve bahçe ve tarlalarıyla birlikte bir köy teşkil ederler.”

Ozankaya (1980), yapmış olduğu köy tanımında toplumsal ve ekonomik işleve daha fazla ağırlık vermiştir:

“Köy toplulukları, genellikle tarımla uğraşan, içinde buldukları toplum bütünüyle ortak çıkarları az olan ve sınırlı ölçüde eşgüdölmüş bulunan birkaç düzine ile birkaç yüz arasında değişen sayıda hanelerden kurulu, belli ve özenle korunan sınırları bulunan topluluklardır.”

Geray’a göre (1974), “köy yerleşmesi, işbölümünün gelişmediği, ekonomisi tarıma dayanan geniş aile türünün, yüz yüze komşuluk ilişkilerinin

var olduğu, bu açıdan kentsel topluluklardan ayrılan toplulukların yaşadığı yerleşme biçimidir.”

Kırsal alanların dünyaca kabul edilmiş ortak bir tanımı olmamakla birlikte, kısaca kent dışı yerler olarak algılanmaktadır. Genel özellikleri başta altyapı, yol, su, elektrik, telefon olmak üzere, eğitim ve sağlık imkânları daha kısıtlı, istihdamın ağırlıklı olarak tarıma dayalı, ekonomik çeşitliliğin sağlanamadığı veya nüfus yoğunluğunun kentlere göre daha az olduğu yerlerdir.

Kırsal Alanlarda Kadın

Kırsal alanların nüfus yoğunluğunun korunması, çiftlik içi ve dışı gelir getirici alternatif faaliyetlerin oluşturulması ve bu kesimin hayat standartlarının yükseltilmesi, planlaması iyi yapılmış alt yapı çalışmalarının hayata geçirilmesi ve temel sağlık ve eğitim ihtiyaçlarının karşılanması ile mümkündür. Genel olarak Türkiye'deki kırsal yaşam alanları ekonomik ve sosyal açıdan az gelişmiş, alt yapı yetersizliği sebebiyle yatırım cazibesi olmayan bir yapı gösterir. Alt yapı sorununun çözümü, kırsal alanların tarımsal üretim ve diğer ticaret alanları hacmini ve dolayısıyla istihdam ve iş imkânlarını artıracak en önemli faktördür. Su ve enerji kullanma araçlarının temin edilmesi, kanalizasyon şebekelerinin oluşturulması ve modernizasyonu, iletişim ve ulaşım ağının geliştirilmesi sosyal ve ekonomik kalkınmanın vazgeçilmez unsurlarıdır. Kırsal alanlarının altyapı önceliklerinin yanı sıra, temel ihtiyaçların başında gelen diğer önemli unsur da, eğitim ve sağlık hizmetlerinin bu bölgelere ulaştırılmasıdır (Turhan, 2005).

İşsizliğin yaygın, eğitim ve sağlık hizmetlerinin sınırlı ve dengesiz dağıldığı az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerde kırsal alanlardaki kadının durumu, konumu ve sorunları dikkat çekicidir. Türkiye'de kırsal alandaki kadın için, üretim ve ev işlerinin birlikte yapılması, eğitim düzeyinin ve toplumsal statünün düşüklüğü, örgütlenmenin sağlanamaması, kendisinin kullanabileceği ücretli çalışma olanaklarının bulunmaması ve başta sosyal

güvenlik olmak üzere çalışma yaşamı ile ilgili yasal mevzuattaki eksiklikler önemli sorunlar olarak ortaya çıkmaktadır.

Toplum ve aile yaşamının her alanında; üretimde, eğitimde, sağlıkta, gıda ve beslenme alanında erkeklere göre daha fazla sorumluluk yüklenen kadınların kalkınmaya katılımı, hem ülke ekonomileri hem de kadının çalışma hayatında ve istihdamında statüsünün yükseltilmesi açısından büyük önem taşıyan öncelikli bir koşuldur. Kırsal kesim kadını gerek geleneksel yapısı, gerekse uğraşı biçiminin farklılık nedeni ile kentlerdeki hemcinslerine göre farklılık göstermektedir. Kırsal kadını bir yandan temizlik, çocuk bakımı, ekmek yapma, yakacak temini, gıda ve beslenme gibi ev işleri yaparken, diğer yandan bitkisel ve hayvansal üretim, el sanatları etkinlikleri, tarım dışı işler ve gelir getirici faaliyetlerde de bulunmaktadır (Yıldırak ve ark., 2002).

Kadının tarımsal etkinlikleri yanında, besin maddelerinin hazırlanması ve saklanması, içme suyunun, yakacakların taşınması, pazar için yoğurt, peynir yapımı gibi etkinlikleri kapalı aile ekonomisi içinde kaybolmakta, kadın bağımsız olarak emeğinin karşılığını alma ve kullanma olanağından hukuken olmasa da uygulamada yoksun bulunmaktadır. Bu durumda bağımsız ücret kazanan kesime girmeyen fakat ekonomik açıdan üretim etkinliği olan işleri yapan kadın, geleneksel değerlerin yaygın olduğu kırsal kesimde çalışan kadın statüsüne sahip değildir. Yaptığı ev dışı iş, kırsal yapılanma modelinde ev işinin bir uzantısı olarak görülmekte ve çoğunlukla ekonomik faaliyet sınıfına alınmamaktadır (Kazgan, 1982).

Kırsal kesimde kadın, ev işlerini işletme işleriyle birlikte aksatmadan yürütebilecek şekilde planlamaktadır. Formel olarak herhangi bir iş planından söz etmek pek olası değilse de, her kadın tarımsal işlerin yoğunluğuna ve önemine göre evdeki işlerini ayarlamakta ve ona göre yönlendirmektedir (Yıldırak, 2003).

Kadınların toplumdaki yeri, yaşadıkları ülkenin gelişme düzeyi, bulunduğu toplumun kültür değerleri tarafından belirlenmektedir. Türkiye’de de kadınların tarım kesiminde özellikle köy yaşamında erkeğe oranla daha

fazla çalışması, içinde doğup büyüdüğü sosyal değerler açısından doğal sayılmaktadır. Halen geleneksel sosyal değerlerin ve kapalı toplum ilişkilerinin yoğun biçimde yaşandığı kırsal alanda, yukarıda belirtilen nedenlerden dolayı kadın kır yaşamı içinde ağır bir yük ve sorumluluk altında bulunmaktadır (Yıldırak ve ark., 2002).

Kırsal Alanlarda Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetlerinin yaygınlaşmasında kent ve kırsal ayrımını dikkate almak gerekmektedir. Çünkü kırsal alanda yaşayanlar kentte yaşayanlardan farklı sağlık sorunları ile karşılaşmaktadırlar. Kente uzak bir yerde yaşandığında, sağlık hizmetlerini almak zorlaşabilmektedir. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin yeterliliği ve gerektiğinde bu hizmetlere ulaşmak her zaman mümkün olmamaktadır.

Türkiye’de doğurganlık oranı bölgesel farklılıklar göstermektedir. Kırsal alanlarda yaşayan kadınlar, kentsel alanlarda yaşayan kadınlardan daha fazla çocuğa sahip olmaktadır. Bu oran, kırsal alanlarda kadın başına 2,7 iken, kentsel alanlarda 2,0’dır. Yine, 1000 canlı doğmuş bebekten 17’si bir yaşından önce ölmektedir. Kırsal yerleşim yerlerindeki bebek ölüm hızı kentsel yerleşim yerlerinden % 50 daha yüksektir. Bebek ve beş yaş altı çocuk ölüm hızları Güney ve Doğu bölgelerinde ülke ortalaması üzerindedir. (TNSA, 2008). İstatistiklerden de anlaşılacağı üzere, kırsal alandaki sağlık göstergeleri kentsel alandan daha kötü durumdadır. Bunu etkileyen sosyo-ekonomik ve kültürel nedenler dikkate alınarak sağlık politikaları oluşturulmalıdır. Bunun yanı sıra, yapılan bazı alan çalışmalarında kırsal kesimde toplum sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamadığı tespit edilmektedir. Bunun önemli sebeplerinden birinin sağlık personeli ile toplum arasındaki diyalog ve ilgi eksikliği olduğu dikkat çekmektedir (Bodur ve Kurt, 1997).

Kırsal kesimde çocuk bekleyen pek çok kadın, doğum öncesi dönemin vazgeçilmez önlemlerini almayı savsaklar; tarlaya ya da inek sağmaya giden

ve ağrısı tutup oracıkta doğurularak kucağında çocuğu ile eve dönen kadın örneğine sık sık rastlanır. İşlerin yoğunluğu da zaten kadınları doğumdan hemen sonra yeniden çalışmaya iter; doğum sonrası gerekli önlemlerin alınmasına uyulmaması ise kadının sağlığı için kuşkusuz ağır bir tehlike oluşturur (Caporal, 1982). Örneğin, Güneydoğu Anadolu köylerinde doğum sırasında ve sonrasında hijyenik şartlar çok kötüdür. Sağlık hizmetlerinin yetersizliğinden ötürü kadınlar çoğu kez doğumlarını ya tek başlarına ya da köydeki diğer kadınların yardımıyla yapmaktadırlar (Bosseher, 1987).

Doğum öncesi hiçbir bakım almamış kadınların oranı kentsel yerleşim yerlerinde % 5 iken, kırsal yerleşimlerde bu oran üç katına çıkmaktadır. Genç yaşlarda olan ve eğitim en az lise veya üzeri olan annelerin doğum öncesi bakım alma olasılığı daha fazladır. Annelerin ilk üç çocuklarına gebelikleri sırasında doğum öncesi bakım alma olasılıkları da daha yüksektir. Doğurganlık hızlarında belirgin bölgesel farklılıklar bulunmaktadır. Doğurganlık hızı, Doğu Anadolu Bölgesi'nde 3,3 iken, Batı bölgesinde 1,7 düzeydedir. Kırsal alanlarda yaşayan kadınlar, kentsel alanlarda yaşayan kadınlardan daha fazla çocuğa sahip olmaktadır. Kırsal alanlarda kadın başına 2,7 çocuk düşerken, kentsel alanlarda kadın başına 2,0 çocuk düşmektedir. Eğitim, doğurganlık düzeyi üzerinde önemli bir etkiye sahiptir; eğitimi olmayan kadınların, ilkokul mezunu olan kadınlara göre 0,4 fazla çocuğa sahip oldukları, en az lise mezunu olan kadınlara göre de 1,1 fazla çocuğa sahip oldukları görülmektedir (TNSA-2008).

Gebeliği önleyici yöntem kullanımının yerleşim yerine, bölgeye, eğitim düzeyine ve yaşayan çocuk sayısına göre farklılaştığı görülmektedir. Kentlerde yaşayan evli kadınlar arasında gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanımı, kırsal alanlarda yaşayan kadınlardan daha yaygındır (sırasıyla % 74 ve % 69). Yöntem kullanımının en düşük olduğu bölge % 61 ile Doğu Anadolu Bölgesi'dir (TNSA-2008).

Dünya kadınlarının şu son on yıl içinde daha az çocuk sahibi olmak istemeleri ve evli kadınların yaklaşık olarak dörtte birinin doğum kontrol yöntemlerine başvurmaları, yine sağlık durumlarının gelişmesinde önemli

etkenlerden biri olmuştur. Bizde kırsal kesimde sağlık hizmetleri, sağlık ocakları ve hastaneler tarafından yürütülmesine karşın bazı ilçelerde, hastanelere rastlanılamamaktadır. Hastane olan ilçelerde ise, hizmetler istenilen düzeyde değildir. Köylüler sağlıkla ilgili şikâyetleri için, ilçeye en yakın il merkezindeki hastanelere gitmektedirler. Çünkü sağlık ocaklarındaki personel ve araç-gereç yeterli düzeyde olmadığından işlevlerini yerine getirememektedirler.

Aşağıda Schöning-Kalender'den yapılan alıntı, Türk köylerinde sosyal ilişkilerin ne denli önemli olduğunu ortaya koymaktadır;

“Anadolu insanının yüzyıllar boyu sahip olduğu değer yargıları, kadına bakış açısı, kadınla olan ilişkileri, bu ilişkilere konulan yasaklar, erkeğin kadını önce dışı bir varlık, sonra da insan olarak görmesine neden olmuştur. Denilebilir ki, kadının insanlık tarafından daha çok, kadınlık tarafı önemlidir. Anadolu’da köy kadınının yaşam ve ilişki biçimini daha iyi anlayabilmek için onun içinde bulunduğu koşulları tanımak ve kültürünü bilmek gerekir. Ön yargıların bir tarafa bırakılması, ancak duyduklarımıza ve söylentilere göre belirli bir karara varma yerine, demografik özellikler ön plâna çıkarılarak, incelenerek ve ampirik inceleme sonuçlarına yer verilerek, özenli araştırmaların yapılması ile olur (Schöning-Kalender 1982).”

Gerçekten bir köylünün başarısı, sosyal etkinliği ve köydeki konumu çoğu kez onun sosyal ilişkilerine bağlıdır. Mevcut ölçülere göre sosyal ilişkisi olmaksızın bir kişinin köyde varlığını sürdürmesi pek mümkün değildir. Çünkü sosyal ilişkiler, kırsal toplumun en fazla önem verdiği onurla, namusla ve saygı ile ilişkilidir. Köy toplumunda bir kadının bu tür ilişkileri onun yerini ve konumunu belirleyen en önemli öğelerden biridir. Evlilikle ilgili her konu, sosyal ilişkileri oluşturan veya güçlendiren bir etkiye sahiptir. Sosyal ilişkilerin düğümünde veya bağlantılarında ise, geleneksel değerlerin önemi oldukça büyüktür.

Kadınlar işletmenin üretim ve yeniden-üretim işlerine erkeklerden daha fazla katkıda bulunmalarına rağmen, sağlık hizmetlerinin hane içinde kullanımı kadınlar aleyhine eşitsizdir. Kadınlar, ataerkil ideolojinin egemen olduğu bir üretim örgütlenmesi ve işbölümü içinde çalışmaktadırlar. Bir kadının emek kapasitesi yaşlılık nedeniyle azaldığında, yaşamını sürdürmesi, ailenin erkek üyelerine (kocasını veya oğulları) bağlıdır. Tersine, bir erkek

yaşlandığında bile, kendi yeniden-üretimini güvence altına alacak yeterli ekonomik servete sahiptir ve onu denetler. Bu fark, kadın üyelerin sağlık hizmetlerinden yararlanmalarının biçim ve derecesine açıkça yansımaktadır. Toplumsal cinsiyet ve ataerkil yapıdaki konumlarına bakılmaksızın, hanenin her üyesi emek kullanım güçleri açısından değerlidir. Buna rağmen, köylüler hâlâ sağlık harcamalarından kaçınmak için olası her türlü yolu kullanmaktadırlar. Ertelenen tedavi ve bakım için, geleneksel, kültürel ve dini norm ve değerler ve mali sebepler gerekçe gösterilmektedir. Bu rasyonelleştirme, sağlık önlemlerinin ihmalıyla de güçlenmektedir (Ecevit, 1999).

Hizmetlerin altyapısındaki yetersizlikler nedeniyle, kırsal bölgelerde yaşayanlar, kentlerde yaşayanlara kıyasla, sağlık hizmetlerini daha az kullanabilmektedir. Bu durum, sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyet ilkesinin zedelenmesine yol açmaktadır. Buna neden olan etmenlerin başında, kırsal birimlerdeki personel eksikliği gelmekte, bunu ulaşım sorunları, finans sorunları ve toplumun sağlık hizmeti kullanma alışkanlığındaki yetersizlik gibi etmenler izlemektedir. Özellikle kentsel bölgelerde, sağlık ocaklarının ilk başvuru noktaları olarak kullanılamaması hizmet kullanımına ilişkin önemli sorun alanlarından bir diğerini oluşturmaktadır. Bunun nedeni, kentte yaşayanların sağlık hizmeti alabilecekleri alternatiflerin fazla oluşudur. Oysa köylerde sağlık ocağından başka seçenek yoktur (Öztek, 2007).

Sürdürülebilir kalkınma stratejilerinde kentsel-kırsal ayrımı dikkate alınmalı ve dengeli bir yaklaşım sergilenmelidir. Kalkınmanın tam anlamıyla gerçekleşebilmesi için kırsal ekonomilerin geliştirilmesi ve kırsal alanda yaşam kalitesinin yükseltilmesi amacıyla kırsal ekonominin pazarla entegrasyonuna yönelik altyapının geliştirilmesi, işletmelerin ve kırsal nüfusun hizmetlere erişiminin kolaylaştırılmasına, kırsal alan ve yerleşmelerin sağlıklı, yaşanabilir ve sürdürülebilir iş ve yaşama ortamı olarak güçlendirilmesine yönelik olarak, fiziki altyapının iyileştirilmesi ve sunulacak hizmetlerin etkililiğinin artırılması gerekmektedir.

Ülkemizde, özellikle de kırsal alanlarda sağlık problemlerinin önemli bir bölümü diğer birçok alanda olduğu gibi eğitim yetersizliğinden kaynaklanmaktadır. Sağlıkla ilgili konulardaki genel bilgi eksikliği, özellikle aile planlaması, çocuk sağlığı, beslenme ve bulaşıcı hastalıklardan korunma konularında belirginleşmektedir. Eğitim yetersizliği, var olan sağlık hizmetlerinden bile yeterince yararlanılamamasına yol açmaktadır. Bu konuda, aile hekimleri de sağlık eğitiminde etkin rol oynayabilecek bilgiye sahip olmalıdır (Çağlayaner, 1995).

Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Aile Hekimleri Birliği, 1978 Alma Ata Konferansı'nda ilan edilen "2000 Yılında Herkese Sağlık" hedefi doğrultusunda, 1994 yılında Ontario-Kanada'da "Tıp Eğitimi ve Uygulamalarını İnsanların Gereksinimlerini Daha İyi Karşılar Hale Getirmek: Aile Hekiminin Katkısı" konulu ortak bir konferans düzenlemiştir. Her iki birliğin temsilcilerinin ortak imzaları ile yayınlanan konferans dokümanının özet bölümünde şu ifade yer almaktadır: "İnsanların ihtiyaçlarını karşılamak için, sağlık sisteminde, tıp mesleğinde, tıp fakültelerinde ve diğer eğitim kuruluşlarında köklü değişiklikler yapılmalıdır. Genel pratisyen ya da aile hekimi, sağlık hizmet sistemlerinde kaliteye, sosyal adalete, etkinlik ve düşük maliyete ulaşılmasında merkezi role sahip olmalıdır (Dikici ve ark., 2007)."

Aile hekimliği bir model olarak ele alındığında, aile hekimliği uzmanlığına dayandığı görülmektedir. Ancak uygulamada sisteme uyum gösteren ve kabul eden her hekim pratisyen ya da uzmanlığına bakılmaksızın aile hekimi olabilmektedir. Aile hekimliği sistemi, sigorta sistemine dayanan, belirli bir bölgeye ait nüfusa göre örgütlenmemiş, tedavi hizmetlerine odaklı, koruyucu ve tedavi edici hizmetleri birbirinden ayıran ve hekim odaklı bir sistemdir (Öztek, 2007). 2005 yılına kadar sağlık ocakları ile sunulmakta olan birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlıkta dönüşüm programı kapsamında aile hekimleri tarafından verilmeye başlanmıştır (Akdağ, 2007).

Sağlık hizmetleri evrensel olarak en önemli kamu hizmetleri arasında yer almaktadır. 1970'li yıllarda başlayan neoliberal politika uygulamaları bu bağlamda önemli etkiler yaratarak kamu hizmetlerinde ve sağlık sektöründe

köklü bir dönüşüme neden olmaktadır. Bu yöndeki projeler için özellikle 1980 sonrasında Dünya Bankası gibi örgütlerin diğer azgelişmiş ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de sağlık sektörü reform çalışmalarına yön verdiği görülmektedir. Dünya Bankası’nın Türkiye’ye dönük sağlık politikası 2003 yılında yayınlanan “Türkiye: Yaygınlığı ve Verimliliği İyileştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar” adlı raporda ayrıntılarıyla yer almaktadır (World Bank, 2003).

“Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile ilk planda Sağlık Bakanlığı’nın temel sorumluluğu, genel sağlık politikalarının belirlenmesi, eşgüdümlemesi ve denetlenmesine indirgenerek, bakanlığa bağlı sağlık kuruluşlarının özel işletmeler haline getirilmesi hedeflenmektedir. İkinci olarak sosyal güvenlik kurumları genel sağlık sigortası sistemi altında birleştirilerek, sistemin sağlık hizmeti satın alınması temelinde kurumsallaştırılması istenmektedir. Üçüncü aşama ise aile hekimliği uygulamasına geçilerek birinci basamak sağlık hizmetlerinin niteliğinin değiştirilmesidir (Ataay, 2005).

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun’da tanımlanan model, hem kırsal hem de kentsel bölgeler için olmakla birlikte, Kanun’da yer alan sağlık ocağı modelinin kırsal bölgelerdeki sağlık hizmetlerine ağırlık verilerek hazırlandığı bir gerçektir. Kentlerdeki sağlık ocaklarının tanı ve tedavi imkânları kentte yaşayanların beklentilerine cevap verebilecek şekilde geliştirilememiştir. Bu ocakların önemli bir kısmında EKG, röntgen, biyokimya analizleri imkânları bulunmamaktadır. Kentlerdeki sağlık ocaklarında uzman hekimlerin istihdamı bir türlü gerçekleştirilememiştir. Aile hekimliği uzmanlığı eğitimi görenlerin birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışmaları gerekirken hemen hemen hiçbir aile hekimliği uzmanı sağlık ocaklarında çalışmamıştır (Öztek, 2007).

Aile hekimliği modelinin temel ilkesi, hekimlerin istedikleri yerlerde hizmet verme özgürlüğüdür. Yani, nerede çalışacaklarına hekimler kendileri karar verir. Bu kararlarını verirken hekimlerin çalışacakları yerdeki gelişmişlik düzeyini göz önünde bulunduracakları açıktır. Dolayısıyla, mahrumiyet yörelerine bu modelle hizmet verilmesi yakın gelecekte mümkün olamayabilir.

Böyle olunca, hekimlerin öncelikle gelişmiş yöreleri tercih edecekleri, bu bölgelerdeki hekim sayısı doygunluk noktasına erişmeden kırsal ve gelişmemiş yörelere hekim bulunamayacağı açıktır. O nedenle, mevcut pilot uygulamada kentlerde yaşayanlar aile hekimlerini seçebilmekte, köylerde yaşayanlar il sağlık müdürlüğü tarafından uygun aile hekimlerinin listelerine kayıt edilmektedirler. Bir başka deyişle, aile hekimliği sistemi kırsal bölgeleri dışlamaktadır. Bu yaklaşım, aile hekimliği modelinin “hekim seçme özgürlüğü” ilkesine ters düşmektedir. Kısacası, Türkiye’de uygulanan aile hekimliği modeli kentler içindir. Kırsal nüfus göz ardı edilmiştir (Öztek, 2007).

Kırsal bölgede yaşayan herkesin ulaşabileceği bir mesafede bir sağlık personeli bulunması ilkesi korunmalıdır. Halen yürürlükte olan ve 40 yılı aşkın süredir dünyaya örnek olarak başarısını kanıtlamış olan “Sosyalleştirilmiş Sağlık Örgütlenmesi” modeli kırsal bölge için vazgeçilmez ve alternatifsizdir. Kırsal bölgelere sağlık hizmetlerinin sunumunda bütçe desteği artırılmalı, kırsal bölge sağlık ocağı çalışanlarına ücret artışı getirilmeli, ulaşım, altyapı ve araç gereç sorunu çözümlenmelidir.

Kırsal Alanlarda Eğitim Hizmetleri ve Kadın Eğitiminin Önemi

İnsan gelişiminin, yeterli değil ama zorunlu ön koşulu eğitimidir. İnsanlar fiziksel ve toplumsal çevreleriyle, refahlarını, mutluluklarını, sağlıklarını en üst düzeye çıkaracak yönde etkileşmek için gereksindikleri/sahip olmaları beklenen bilgi, beceri ve tutumları okul ya da yetişkin eğitimi sistemi içinde kazanırlar (Miser, 1999).

Zaman, mekân, dil, din, inançlar, gelenekler, değerler, eğitim, töre, örf ve adetler, hukuk kuralları gibi etmenler ve unsurlar insan ve toplumların görüş tarzlarının, tutum ve davranışlarının oluşmasını ve gelişmesini sağlarlar. Bunlar insan ve toplumlara belirli ve kendilerine özgü bir kişilik verirler. İnsanlar ve toplumlar hazırladıkları bu kişilikle hayat, insan, doğa olaylarına ve hareketlerine karşı belirli görüşlere sahip olurlar ve diğer insan ve toplumlardan ayrılırlar.

Tonguç'a (1938) göre, insan toplumsal bir varlıktır. Birçok özelliklerimiz genlerimizden gelirken, hayat tarzımızı çevremizden gelen etkiler biçimlendirmektedir. Nesiller yaşanılmakta olan yaşam biçimlerini birbirlerine aktararak, aynı zamanda o toplumun hayat görüşünü de yansıtmış olurlar. Bir hayat tarzı, yaşayabilmek hakkını, ancak bu hayatı yaşayacak nesillere aşılamakla kazanılabilir. Köy eğitimi konusunda ilk göze çarpan en önemli noktalardan biri, köyde yaşanmakta olan hayat tarzının, yetişmekte olan nesillere aktarılıp aktarılmaması durumudur. Köylü, kendi yaşamakta olduğu hayat tarzını, yetişmekte olan nesillere tamamen denilebilecek şekilde öğretmekte ve iyice aşılamaktadır. En önemli meselelerden biri, işte bu noktada kendiliğinden ortaya çıkmaktadır. Köylülerimizin yaşamakta oldukları yaşam biçimlerinden neleri devam ettirmek ve nelerden vazgeçirmek gerekir? Bireylere aşılanması istenen yeni değerlerle, bu değerlere göre şekil alacak olan yeni hayat; yetişmekte olan nesillere, bilhassa kydekilere aşılanarak yaşatılabiliyor mu? Bu sorular üzerlerinde dikkatle durulacak önemdedir.

Köyün kültür hayatında değişiklik yapmak için ilk are; ona yeni değerleri kendiliğinden katmakta olan ve henüz, mevcut eski kültürü de tamamen benimsememiş bulunan nesli ele alarak; bu nesle yeni bir hayat tarzı yaşatmak, onu rasyonel bir şekilde yeni değerlerle ve doğru bir zihniyetle sürekli olarak beslemektir (Tonguç, 1938).

Bireylerin veya toplumların hayat tarzlarında bir değişiklik olmadığında veya çok uzun aralıklarla bazı küçük değişiklikler olduğunda onun eğitim biçimi; mevcut olan bir hayat tarzını aynen taklitten ileri geçemez. Bu tarz bir eğitim, çok muhafazakr karakterde bir eğitimidir. Köyde görülen ve kendiliğinden faaliyet halinde bulunan eğitim biçimlerinin çoğu, daha çok bu özellikte bir eğitim biçimidir. Onun için köyün genel hayatında biraz durgunluk ve birtakım sıkıntılar görülmektedir. Bu yüzden köy hayatını da yeni iş ve eğitim kurumları ile güçlendirmek ihtiyacı, gitgide kendisini bir zorunluluk halinde hissettirmektedir (Tonguç, 1938).

Bir halk idaresi olan Cumhuriyetin geleceği, halkın topyekn eğitilmesi, yurttaş yapılması üzerine temellendirilmiştir. Halkın topyekn eğitilmesi için,

öğretim birliği yasası çıkarılmış, harf devrimi yapılmış, ulus okulları, halk dershaneleri, halkevleri ve halkodaları gibi her biri kendi çapında ileri ve önemli olan uygulamalar yapılmıştır. Ancak bu uygulamalar, özellikle köy toplumunun eğitiminde, onun aydınlatılıp ekonomik ve kültürel yönden kalkındırılmasında istenilen sonucun alınmasına yetmemiştir (Bilir, 2003). 1924 Anayasasının “Her Türk vatandaşı için zorunlu ve devlet okullarında parasız” olduğunu belirttiği ilköğretim çağ nüfusunun 1935’te köydeki okullaşma oranı % 25 dolayındadır. Bu tarihte Türkiye’de yaklaşık kırk bin köy vardır. Bunun otuz altı bininde okul ve öğretmen yoktur. Var olan kaynaklardan yetişecek öğretmenlerle bu gereksinmeyi karşılamak için yüz yıl gibi bir süreye gereksinim vardır (MEB, 1946). Atatürk ve Cumhuriyeti kuranlar, bir an önce köye girmek, Cumhuriyet ve demokrasi düzenini kökleştirmek istemekteydiler. Köy insanını cehaletten kurtaracak, onu ekonomik ve sosyal hayatın bir üyesi yapmak için köy eğitiminin önemi üzerinde durmuşlardır (Bilir, 2003).

İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda, yaygın eğitim içinde, önemli bir yere sahip olan “Halk Eğitimi” programlarının halkı okur-yazar duruma getirmek, temel bilgi ve alışkanlıkları kazandırmak ve öğrenme, daha ileri daha iyi bir hayat seviyesine ulaşma isteği uyandırmak, sorunlarını kavramalarına, çözmelerine ve bu yönde teşkilatlanmalarına yardımcı olmak, kişilerin meslek edinmelerini ve mesleklerinde ilerlemelerini sağlamak, halkın ilgisini çeken konularda çeşitli çalışmalar yapmak, kişileri çevrelerinin gereklerine göre eğitmek ve ilgilerini geliştirmek amacına yöneleceği vurgulanmıştır.

Yaygın eğitim programları için kadınların “ev kadını ve anne olarak” Türk toplumundaki üstün değerini etkin bir şekilde artırmayı hedef tutan kadın eğitimi programlarını uygulamanın önemli olduğu, köy kadınları gezici kurslarının Milli Eğitim Bakanlığı bünyesine alınarak kız teknik öğretim kurumlarının imkânları ile desteklenerek yürütüleceği, kadınların eğitimi konusundaki bütün çalışmalara özel bir önem verileceği, memleket çapında benimsenmesi ve uygulanabilmesi amacı ile bu konuya eğilen bakanlıklar, kamu kuruluşları, kamu yararına çalışan dernekler ve gönüllü kuruluşların da

yardımı ile Milli Eğitim Bakanlığı tarafından bir “kadın eğitimi” kampanyası açılması yoluna gidileceği ve Türk kadınının toplum hayatında gereken yerini almasına yardımcı olacak özel kadın eğitim programlarının uygulanması için alınması gerekli görülen bütün tedbirlere öncelik verileceği de yine İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda ayrıca belirtilmiştir.

Türkiye’de kentlerde yaşayan kadınların kırsal alanlarda yaşayan kadınlara göre daha eğitilmiş olduğu görülmektedir. Kırsal yerleşim yerlerinde yaşayan kadınların % 28’i herhangi bir eğitim düzeyini tamamlamamış iken, bu oran kentlerde yaşayan kadınlar arasında % 15’e inmektedir (TNSA-2008).

Kadın eğitiminden öncelikle hedeflenen, kadın nüfusunun verimliliği ve gelirlerini artırmak, refah düzeylerini yükseltmek, ekonomik başarısının artırılmasına katkıda bulunmak, böylece yoksulluğu yenmek ve ailenin yaşam koşullarını iyileştirmektir. Ayrıca kadın eğitimi programlarıyla; nüfus artış hızını düşürmek ve çevreyi korumak amaçlanmaktadır. Kadınların ekonomik verimliliğini toplumsal ve kültürel etmenler etkilediğinden, kadınların kalkınma çabalarına etkin bir biçimde katılmaları konusu düşünülmeli ve tartışılmalıdır (Adem, 1993).

“Kadın her şeyi, erkekler de geri kalanı yapar” atasözü, Türkiye’de kadının kırsal kesimdeki durumunu yansıtmaktadır. Gerçekten de kırsal kesimde kadın erkekten daha çok çalışır ve işlerin en ağırı onun omuzları üstündedir.

Türkiye’de kadın eğitimine yaklaşım geleneksel, dinsel değer kalıpları ve bu kalıpların dönüştürülmesine yönelik siyasetlerle iç içe gelişmiştir. Bir başka deyişle, kadın eğitimi toplumda çağdaşlaşma, batılılaşma ve yakın tarihte olduğu gibi İslamiyet’e dönüş söylemlerinde daima önemli temalardan birini oluşturmuştur. Tanzimat (1839), kadın eğitimi konusunda da yansımalar göstermiş, kızlar için ilköğretimi genelleştirmeye ve ortaokul düzeyinde okullar açılmasına (1869) çaba göstermiştir. Ancak bu yenileşmeler çok

sınırlı olmuş, Osmanlı'da kadın çoğunluğun eğitimi İslami geleneklerin izin verdiği ölçüde, sekiz ila dokuz yaş sınırında kalmıştır (Tan, 1994).

Kadınların eğitilmemesi, kadın kuruluşlarının oluşturulamaması, kadınların aydınlatılmaması gibi olgular kadının geri kalmasına ve topluma katılmasını güçleştirmiştir. Oysaki batıda 1970'li yıllardaki kadın hareketlerinde başrolü kadın dernekleri ve kadın kuruluşları oynamıştı. Kadının bu anlamda kurumsallaşması Osmanlı toplumunda gerçekleşmemiş, Cumhuriyet Türkiye'sinde ise bu haklar kadınlara hazır olarak sunulmuştur. Bunun değeri birtakım çevrelerce bilinmediğinden, kadınlar Cumhuriyet Türkiye'sinde de geri kalmışlardır (Güven, 1998).

Türkiye'de kadınların eğitim görmelerinde karşılaşılan başlıca engeller şöyle özetlenebilir (Tunç, 1969):

- Geleneklerden kaynaklanan engeller (özellikle erken evlenmelerin olduğu durumlarda kadınlara eğitim kapısının kapatılmasında görüldüğü gibi)
- Kırsal toplumun olanaksızlıklarından kaynaklanan engeller
- Ekonomik zorunluluklardan kaynaklanan engeller (maddi sıkıntı içinde olan aileler, önceliği erkek çocuğun eğitime vermektedir)
- Dini etkenler

Türkiye'de "eğitim hakkı", Anayasa güvencesi altına alınmıştır. 1982 Anayasası'nın 42. maddesinde "kimse eğitim ve öğrenim hakkından yoksun bırakılamaz" hükmü yer almıştır. Türk Anayasa Hukuku, her türlü ayrımı kesinlikle kabul etmemekle birlikte, hukuk sistemini aşan bazı engeller yüzünden ayrımlar kaçınılmaz hale gelmekte, bazı vatandaşların eğitim hakkı kısıtlanmakta veya tamamen ortadan kalkmakta, sonuçta da bu ayrımlar yüzünden bazı eşitsizlikler doğmaktadır (Tunç, 1969). Bu eşitsizlikler; yöresel; köy-kent; varlıklı-yoksul; kadın-erkek şeklinde görülmektedir (Karaman, 1994).

Feminizm, kadın-erkek arasındaki ilişkiyi eğitim açısından da sorgular (Çaha, 1996). Feminizmin hareketi, kadınların insan temel hak ve

hürriyetlerinden faydalanabilmelerini, siyasal, sosyal, hukuki ve eğitim alanlarında erkeklerle eşit olma gibi temel hedeflere ulaşmak için ortaya çıkmıştır. Feministler ataerkil sisteme, erkek egemenliğine karşı mücadele vermektedirler (Cevizci,2000).

Kadınlar, hem ataerkil zihinsel yapının yaygın ve açık bir biçimde uyguladığı cinsiyete dayalı ayrımcılık politikası sonucu hem de mesleki formasyon yetersizlikleri sonucu 1980'li yıllara dek büyük çoğunlukla alt kademelerdeki görevlerde istihdam edilmişler, yönetici ve karar alıcı konumlara ise çok istisnai durumlarda gelebilmişlerdir (Tolan, 1991). Böylece insanları etkilemekte, değiştirmekte ve güdülemekteki güçlü ve dolaysız yollardan biri olan eğitimin önemi bir kez daha vurgulanmış olmaktadır. 19. yüzyıl Avrupa'sında ve günümüzde dünyanın birçok yerinde kadın eğitiminde reformların gerçekleştirilmesinin temelini, kadının birey olarak gelişme isteği ve kadınların toplumsal sorunların çözümüne katkıda bulunma yeteneğinin kabul edilmesi oluşturmuştur. Ayrıca, bir ülkenin beyin gücünün yarısının kalkınma sürecinin dışında bırakılması savurganlık olarak nitelendirilmektedir. Burada önemli olan ise kadınların her türlü mesleğe katkıda bulunacak şekilde eğitilmeleridir (Tan, 1979).

Herhangi bir toplumda kadınların konumunu tanımlamak, başka bir deyişle, erkek-egemen sistemin nasıl işlediğini, güç ilişkilerinin nasıl kurulduğunu anlamak için var olan toplumsal ilişki ve ideolojilerin kişilerce nasıl anlaşıldığına ve kullanıldığına da bakmak gerekir. Her toplumsal yapının kişilere belli davranış alanları açtığı düşünülecek olursa kadınlara açılan alanın sınırlarının ne olduğunu ve bu sınırlar içerisinde (belki bunları bazen zorlayarak) kadınların ne yaptıklarını da incelemek gerekmektedir (Tekeli, 1995).

1940 yılında kurulan genç Türkiye Cumhuriyeti eğitimcilerinin özgün ve ilerici bir eseri olan; "*Köy Enstitüleri*" kırsal kesimde yaşayan kız çocuklarının hızla eğitilmesinde çok önemli bir rol oynamıştır. Uygulamanın ve üretkenliğin, kendine yeterliliğin birlikte işlendiği bu çağdaş eğitimle, köy yerinde hayvancılığın, arıcılığın, tarımın, sebzeçilik ve meyveciliğin bilinçli ve

iyi teknoloji kullanılarak yapılması, yaygınlaşması sağlanmıştır. Köylünün yazgıcılıktan, bilgisizlikten uzaklaşarak, başta bürokrasiyi sorgulayan, çağdaş tutum ve davranışları kazanması sağlanmıştır (Gökçora, 2007).

Kuruluşundan başlayarak bu enstitülerde sadece eğitim, kültür, tarım ve inşaat alanına değil, sağlık konusuna da çok önem vermiş ve eğitim programlarında sağlık eğitimi de yer almıştır. Enstitülerde yetişmekte olan öğretmenler, derslerde ve revir çalışmalarında, eğitim yoluyla sağlık önlemleri alma ve ilk yardım hizmetleri gibi bazı temel konuları öğrenmişlerdir. Ancak, özellikle köylerin sağlık sorunlarının çözümlenmesi için buraların yerel koşullarına göre eğitilmiş -köy öğretmenleri gibi- sağlık elemanlarının yetiştirilmesinin gerekli olduğu görülmüştür. Köylere eğitim, kültür, tarım, inşaat gibi alanlarla birlikte yeterli sağlık hizmetlerinin ulaştırılması, ülkenin bütünüyle kalkınması için de büyük önem taşımaktaydı. Köy Enstitüleri hem halkın eğitimini sağlayarak, hem de yetiştirdikleri köy sağlık memurlarıyla kırsal alanda sağlık hizmeti vererek yararlı olmuştur. Bu deneyimin aynı zamanda, bugün hemen hemen tüm eğitim konularında kendisine değer verilen yaparak - yaşayarak öğrenme kavramını daha 1940'larda yaşama geçirmiş olması, sağlam bir metodolojik öngörüye sahip olduğunu da göstermektedir (Güvercin ve ark., 2004).

Yetişkin Eğitiminde Program Planlama

Program (curriculum), Latince kökenli bir sözcüktür ve “bir işin veya oluşun akışı” anlamında kullanılır. Eğitim anlamında ise, “öğrenilen veya öğretilene” işaret etmektedir (Karakaya, 2004). Ayrıca, eğitim programı daha sonraları “izlenen yol” anlamında eğitimde kullanılmaya başlanmıştır (Oliva, 1988). Kelimenin bu yapısından hareket eden Geray (2002), eğitim programı için “izlence” sözcüğünü, Ertürk (1979), ise bu kavram için yetiştirmekten yola çıkarak “yetişek” sözcüğünü kullanmıştır.

Johnson (1967) programı, öğretim sonuçlarının ilkeli ve kurallı betimlemesi veya istenilen öğrenme ürünlerinin yapılaştırılma serisi olarak tanımlarken; Ertürk (1979), eğitim programını düzenli eğitim durumları olarak görmektedir. Bu görüş, okuldaki her şeyi kapsarken, planlı olduğu sürece okul-dışı etkinlikleri de içine alır. Caswell ve Campbell'e (1935) göre 1930'lardan bu yana eğitim programı, öğretmenlerin rehberliği altında öğrencilerin geçirmiş olduğu tüm yaşantılardır.

Eğitim programları üzerinde uzmanlaşmış bir eğitim bilimci olan Carter Good'a (1973) göre, eğitim programı, bir çalışma alanında sertifika ya da diploma alabilmek için sistematik olarak sıralanması gereken dersler ya da konulardan oluşan bir liste anlamında kullanılmaktadır.

Taba'ya (1962) göre, bütün eğitim programları nasıl tanımlanırsa tanımlansın, belli öğelerden oluşur. Bunlar, hedefler ve hedef davranışlar, içeriğin seçimi ve örgütlenmesi, öğrenme-öğretme süreci ve son olarak da hedeflerin değerlendirilmesidir. Ronald C. Doll (1986) ise, eğitim programını, okul sorumluluğunda öğrencilerin değerlerini, tutumlarını, tavırlarını değiştiren, becerilerini geliştiren, bilgi ve anlayış kazanmalarını sağlayan hem süreç hem de içerik olarak tanımlamış ve okulun kontrolünde öğrencilerin tüm yaşantılarının düzeni olarak görmüştür.

Türkiye'de program geliştirme çalışmalarının öncülerinden olan Varış (1996) ise eğitim programını, "bir eğitim kurumunun, çocuklar, gençler ve

yetişkinler için sağladığı, milli eğitim ve kurumun amaçlarının gerçekleştirilmesine dönük tüm faaliyetleri kapsar" şeklinde tanımlamaktadır.

Program geliştirme "eğitim programının hedef, içerik, öğrenme-öğretme süreci ve değerlendirme öğeleri arasındaki dinamik ilişkiler bütünü" olarak tanımlanmaktadır (Demirel, 2008). Bütün öğeler arasında ilişkinin dinamik olması, programın bir öğesinde yapılacak değişimin programın tümünü etkileyeceği varsayımından kaynaklanmaktadır. Program geliştirme, sürekli değerlendirme ve araştırma faaliyetlerine dayalı olarak yürütülmek zorundadır (Bilen, 1996).

Demirel (2008), bir eğitim programının dört temel öğesi olduğunu vurgulamaktadır. Bu öğeler hedef, içerik, öğrenme-öğretme süreci ile ölçme-değerlendirmedir. Bütün bu öğeler arasındaki ilişkilerin dinamik olması ve bu yolla öğelerin birbirini etkilediği, bu etkileşimin de sistem yaklaşımında olduğu gibi sistemin bir öğesinde olan değişme, sistemin tümünü etkiler noktasından hareketle eğitim programının bir öğesinde yapılacak değişimin programın tümünü etkileyeceği varsayımı temel alınmıştır. Program geliştirme, en genel anlamıyla eğitim programlarının tasarlanması, uygulanması, değerlendirilmesi ve değerlendirme sonucu elde edilen veriler doğrultusunda yeniden düzenlenmesi sürecidir. Yani program geliştirme, süreklilik isteyen bir çalışmadır (Erden, 1993).

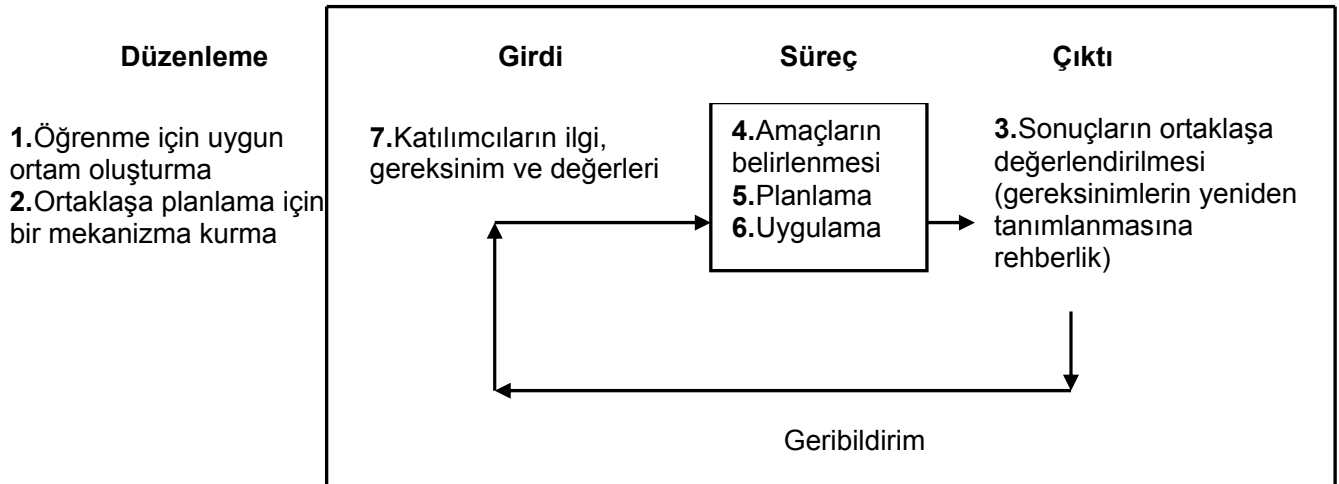
Program geliştirme modellerinden andragojik model, çoğu geleneksel eğitmenin yer verdiği içerik modellerinin tersine, bir süreç modelidir. Geleneksel modeller arasındaki fark şudur: Geleneksel eğitimde öğretmen/eğitici; hangi bilgi ve becerilerin aktarılması gerektiğine önceden karar verir, bu içerik bütünü mantıksal birimler halinde düzenler, bu içeriği aktarmanın en etkili yollarını seçer ve sonra bu içerik birimlerini belli bir sıralama düzeninde sunma için plan geliştirir. Bu bir içerik modelidir (Knowles, 1996).

Andragojik modelde ise; öğretmen/eğitici; “kolaylaştırıcı” rolüyle, öğrenenleri şu öğeleri içeren bir sürece katmak için bir işlemler dizisini tasarlar ve uygular (Ingalls, 1973):

- Öğrenme için uygun ortam oluşturma
- Ortaklaşa planlama için bir mekanizma kurma
- İlgileri, gereksinimleri ve değerleri tanımlanma
- Bu gereksinimleri karşılayacak olan program amaçlarını belirleme
- Bir öğrenme yaşantıları modelini tasarlama
- Bu öğrenme yaşantılarını uygun teknikler ve materyaller ile yürütme
- Öğrenme çıktılarını ortaklaşa değerlendirme (gereksinimleri, ilgileri ve değerleri yeniden tanımlanma).

Andragojik yaklaşımla eğitim programlarının geliştirilmesi, örgütlenmesi ve yönetimi bu yedi basamakta sağlanır. Andragojik modeldeki bu yedi adım birbirinden kopuk, bağımsız basamaklar olarak değil, bir sarmal olarak değerlendirilmelidir. Bunlar, geleneksel modelde olduğu gibi; girdi-süreç-çıkıtı öğeleri olan “genel sistem kuramı”na benzer bir şekilde gösterilebilmektedir. Ancak, geleneksel modelden, girdi-süreç-çıkıtı öğeleri için belirleyici olan düzenleme (organizasyon) ögesinin varlığı ve bu öğelerin kapsamının farklı bir şekilde tanımlanması ile ayrılır (Ingalls, 1973).

Düzenleme ögesinin içinde de öğrenme için olumlu ortam oluşturma ve öğrenenler ile ortaklaşa planlama için yapılar (mekanizmalar) kurma yer alır. Geleneksel modelden ayrılan diğer bir yanı ise değerlendirme ögesindedir. Andragojik modelde eğitimin sonuçlarının öğrenenler ile birlikte değerlendirilmesi; gereksinimlerin yeniden tanımlanmasına yol gösterir. Şekil 1’de de gösterildiği gibi, andragoji, “geribildirim sarmalı” kullanan “eğitim sistemi modeli” olarak incelenebilmekte ve yetişkin eğitimi için sürekli gelişme modeli olarak tanımlanmaktadır (Ingalls, 1973).



Şekil 1. Andragojik Modelin Adımları (Ingalls, 1973: 11)

Andragojik etkinliklerde öğrenmeyi kolaylaştırıcı bir kişi olarak eğitmenin temel görevi, geleneksel pedagojik öğrenme yaklaşımında olduğu gibi öğrenilen “konunun” yönetiminden daha çok, “andragojik sürecin kendisine” rehberlik etmesi ya da yönetmesidir (Ingalls, 1973). Andragojik model ile pedagojik modelin temel varsayımları Çizelge 1’de karşılaştırılmıştır.

Çizelge 1. Pedagoji ile Andragojinin Varsayımlarının Karşılaştırılması

Varsayımlar		
	Pedagoji	Andragoji
Benlik Algısı	Bağımlılık	Artan öz-yönetim
Yaşantı	Çok az değerli	Öğrenme için zengin bir kaynak
Eğitime Başlarken Hazır Bulunuşluk Düzeyi	Biyolojik gelişme ve toplumsal baskı	Toplumsal rollere ilişkin gelişme ödevleri
Zaman Perspektifi	Ertelenmiş uygulama	Uygulamada ivedilik
Öğrenmeye Yönelim	Konu merkezli	Sorun merkezli

Knowles, 1996: 117.

Andragojik öğrenmenin konusu çok değişik olabilir. Öğrenme konuları var olan kaynaklar, örgütlerin ve kurumların gereksinimleri ve öğrencilerin ilgileri temelinde değişiklik gösterir. Andragojik yaklaşımla yürütülen eğitimde, eğitmenin öğrettiği konuda “uzman” olması gerekir. Bununla birlikte; asıl gerekli olan, eğitmenin bu konuda sahip olduğu bilginin, “andragojik sürece” etkili bir şekilde rehberlik edip etmediğidir (Ingalls, 1973).

Yukarıda açıklamaları yapılan program geliştirme modellerinin dışında rasyonel planlama modeli, yenilikçi veya durumsal model, süreç yaklaşımı modeli de bulunmaktadır. Ayrıca Demirel tarafından geliştirilen program geliştirme modeli de vardır. Bu model ise, daha çok öğretmen eğitimi programlarının hazırlanmasından esinlenerek ortaya çıkmıştır (Demirel, 2008).

Yaygın eğitim çalışmalarının eğitimde program geliştirme aşamalarına uyularak düzenlenmesi gerekmektedir. Çünkü eğitim rastlantıya bırakılmamış planlı ve kasıtlı davranış değiştirme sürecidir. Bu sürecin gerçekleşmesi ancak bireyin yaparak, yaşayarak öğrenmesine bağlıdır. Bunun yanında bireyin davranışlarında istenmedik gelişmeleri önlemek ve istedik davranışları kısa sürede gerçekleştirmek için planlamaya gerek vardır. Bireyin içinde yaşadığı kültürün özelliklerini kazanarak, yetişkinlere uyum sağlamasına kültürlenme denir. Kültürlenme kendiliğinden işleyen bir süreçtir. Ancak bu ilkel toplumlar için yeterli olabilir. Gelişmiş, karmaşık toplumlarda, kültürün seçilip arıtılmış ve bir düzene sokulmuş ortak evrensel değerleri, belli bir davranış değiştirme amacıyla planlı olarak bireylere yöneltilir. Bu durumda ise kendiliğinden kültürlenme değil, kasıtlı kültürleme yani eğitim söz konusudur. Kültürlenmenin yeterli olmadığını, kültürleme ile elde edilen bazı bilgilerin de değiştirilmesi gerektiğini kavramış toplumlarda eğitim çabaları sistemli, planlı ve programlı olarak yürütülür (Güler, 1987).

Düzenli eğitim etkinlikleri, eğitim amacı ile düzenlenmiş çevrelerde yapılır. Eğitim etkinliklerinin meydana geldiği; öğrenme-öğretme süreçlerinin ve bu süreçlerde yer alan, organizasyon, öğrenci, personel, içerik, yöntem,

araç-gereç, bina-tesis, finansman gibi öğelerin (organizasyon, öğrenci, personel vs.) belirlenen amaçlara göre ve birbiriyle tutarlı olarak tasarlanması ve belirlenmesi demektir. Herhangi bir yetişkin eğitimi programı planlanırken, eğitim sürecine giren tüm öğelerin önceden düşünülmesi, her aşamada neyin, nerede, ne zaman, nasıl, neyle, kim ya da kimler tarafından yapılacağına önceden belirlenmesi gerekir (Bülbül, 1991).

Eğitim ortamı planlanırken, sürece doğrudan giren öğelerin (örneğin içerik, yöntem, araç-gereç) dikkate alınması gerekir. Bunlar yapılırken, gerçekleştirilmek istenen eğitim amaçları daima merkeze alınmalı ve diğer her öğe, bu amaçların gerçekleşmesine olan katkısı dikkate alınarak değerlendirilmelidir. Ayrıca, potansiyel olarak ortaya çıkma olasılığı olan durumlar ve alınacak önlemler de önceden tasarlanmalıdır (Bülbül, 1991).

Program, eğitim-öğretim sürecinde önemli ve sık kullanılan bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Sistem içerisinde gerçekleştirilecek olan, örgün ve yaygın olmak üzere, tüm eğitim etkinliklerinin hedeflenen nitelik ve yeterlikleri oluşturmasında program unsuru söz konusu olmaktadır.

İnsan yetiştirmenin hangi boyutu ele alınırsa alınsın, gerçekleştirilmeye çalışılan bu yetiştirme sürecinin gelişi güzellikten uzaklaştırılıp, sonuçlarının beklendik düzeyde oluşabilmesi için bu sürecin belli bir disiplinde gerçekleşmiş olması gerekir. Genel olarak tüm canlı varlıkların, özel olarak ise insan unsurunun eğitimsel gelişmesinin söz konusu olduğu durumlarda uygulamaya konulacak olan etkinliklerin, insan ve gelişmesine ilişkin çağdaş bulguların ışığında tasarlanmış ve geliştirilmiş olan öğretim sistem ve programları doğrultusunda gerçekleştirilecek etkinlikler olması gerekir. Ancak böyle bir uygulama sürecinde ortaya çıkacak olan eğitim süreci çağdaş denilebilecek olan bir özellik kazanır (Taşdemir, 2000).

Oberg (1991), eğitim programının bir düzenek olduğunu ve bu düzenekte şu öğelerin bulunduğunu söylemektedir:

- 1- Öğrencide bulunması istenen ve eğitim yoluyla kazandırılabilir nitelikteki davranışları ifade eden **hedefler**,
- 2- Öğrencilerin hedeflerde belirlenen davranışları kazanmaları için gerekli olan üniteler ve konular bütünü ifade eden **içerik**,
- 3- Öğrencilerin hedeflere ulaşmaları için geçirmeleri gereken **öğrenme yaşantıları**,
- 4- Hedeflere ulaşıp ulaşılmadığı, ulaşıldı ise ne derece ulaşıldığını tespit etmeye yarayan sınav durumları yani **değerlendirme**.

Eğitim programını oluşturan bu öğelerin birbirleri arasında karşılıklı bir ilişki vardır. Bu öğelerden birinde yapılacak önemli bir değişiklik büyük oranda diğer öğeleri de etkilemektedir.

Program planlama en genel anlamda sistemli eğitim etkinliklerinin içinde olduğu çevrenin düzenlenmesi sürecidir (Uysal, 2009). Kowalski'ye göre (1988) program planlama, programları oluşturmak için örgütlü bir eylemdir, geleceğe yöneliktir ve programın oluşturulmasında ilk adımdır.

Sistemli bir planlama süreci etkili, yeterli, uygun, yaratıcı eğitim programlarının geliştirilmesi için güçlü bir araçtır. Planlama modeli program planlamacılarının birlikte fikir üretmelerin, programın başarı ve başarısızlıklarını değerlendirmelerinde olanak sağlayan bir rehber ve yol haritası oluşturur (Uysal, 2009).

Yetişkin eğitimi faaliyetleri düzenlenirken çok önemli olan bir nokta; bireylerde öğrenme isteğinin oluşturulması, toplumun tüm kesimlerine ulaşacak imkânların sağlanması ve her kesimdeki insana hizmet verebilmesidir (Malkoç, 1996).

Yetişkin eğitimi, yetişkinlere istekleri ve gereksinimleri doğrultusunda bilgi, beceri ve davranış kazandırma amacıdadır. Bu nedenle yetişkin eğitimcinin bireysel, kurumsal ve toplumsal gereksinimler hakkında bilgi sahibi olması gerekir. Bunun yanı sıra program geliştirme, hizmet getirecek kitlenin gereksinimlerinin öncelik sırasına göre belirlenmesiyle başlar

(Okçabol,1996). Her yetişkin kendi bireysel istek ve gereksinimlerine uygun bir programa katıldığında, programın başarısı büyük ölçüde sağlanmış olur (Ural,1999).

Bazı bireysel ve toplumsal öğrenme ihtiyaçları, toplumun bütün kesimlerinde yaygındır. Bununla birlikte, bir bölgede öncelik taşıyan bir ihtiyacın her bölge için öncelik taşıdığı pek az görülmüştür. Bölgelerarası ihtiyaç farkları, kentsel bölgelerden çok kırsal bölgeler için geçerlidir (Lowe, 1985).

“Siyasî bakış açıları bir yana, çoğu ülkelerde merkezî planlama örgütünün çeşitli kırsal bölgeler halkı için etkin programlar geliştirmeyi başaramadığı açıktır. Şu halde, umarız ki kırsal bölgeler halkı, kendi eğitim programlarını biçimlendirmek üzere gittikçe artan ölçüde sorumluluk üstlenecekler ve gelecekları için hayatî önem taşıyan kararların oluşturulmasında onların daha fazla söz sahibi olmalarına olanak verilecektir.” (Foster ve Sheffield, 1973: 11).

Bir ICED grubunun da vardığı kanı aynıdır:

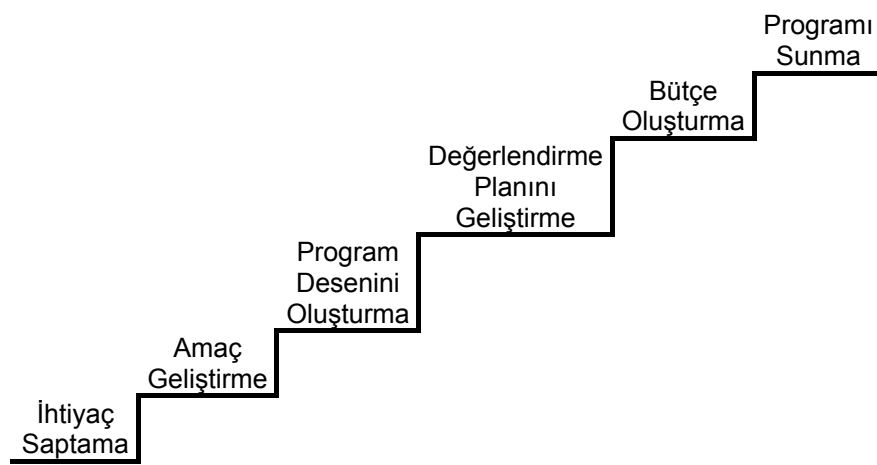
“Şekil ve formaliteyi gereğinden fazla vurgulayarak özü ve süreci ihmal eden, dışardan gelen uzmanın anlayış ve gücünü abartan, kırsal halkın zekâsını ve kendi yaşayışını daha iyi hale getirmek üzere oynayacağı temel rolü azımsayan bir eğitim sisteminin egemenliği söz konusudur.” (ICED, 1974: 101)

Yetişkinlerin bireysel öğrenme ihtiyaçlarının esnekliği ve toplumsal ihtiyaçların, nüfusun kalabalık olması dâhil olmak üzere, yerel koşullara göre mutlaka değişiklikler göstermesi, bu ihtiyaçların yerel düzeyde belirlenerek karşılanması zorunluluğunu doğurmaktadır. Burada bir çelişki ile karşı karşıyayız. Yetişkin eğitimi, bir ölçüde merkezî planlama ve denetim olmaksızın ve merkezî hükümet bütçesinden ayrılan ödeneklerle geniş ölçüde beslenmeksizin gelişmemekte; öte yandan, bu eğitimin, varsayılan genel ihtiyaçlar yerine, yerel ihtiyaçlara göre düzenlenmesi gerekmektedir (Lowe, 1985).

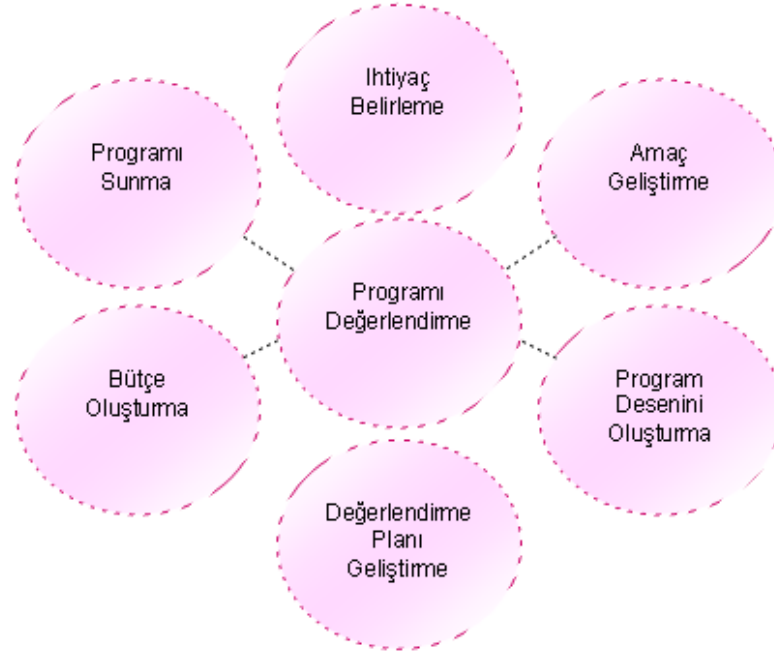
Yetişkin eğitimi programlarının planlanmasında en temel yaklaşım örgüt çevre ve bireyin ihtiyaç ve değerlerinin analizine dayalı olarak oluşturulan sistem analizi yaklaşımıdır. Sistem analizi yaklaşımı örgütün

başlamak istediği amaçlarla çevresel ihtiyaç ve beklentileri dengeler, planlamaya ilişkin örgütsel ve çevresel sınırlılıkları da göz önünde bulundurur. Sistem yaklaşımı sadece öğrenme yaklaşımının kendisi üzerinde odaklaşmaz. Planlamaya ilişkin örgütsel ve çevresel sınırlılıkları göz önünde bulundurduğu için planlama hatalarını en aza indirger. Kowalski (1988), program planlamada doğrusal (linear model) ve doğrusal olmayan (non-linear) planlama modeli olarak iki temel model olduğunu savunur.

Doğrusal planlama modeli, planlama görevinin tamamlanmasında ardışık temel adımların birbirini izlediği bir modeldir. Temel değeri eğitim yaşantılarının oluşturulmasında mantıki bir sıra izlenmesidir. Bir aşamanın tamamlanmasından sonra diğer aşamaya geçilir (Şekil 2). Doğrusal olmayan planlama modelinde, planlayıcı bazı kararları, belirli bir formata uymaksızın, belli adımlara tabi olmaksızın izler. Hangi öğenin başlangıç noktası oluşturacağını mevcut koşullar belirler (Şekil 3).



Şekil 2. Doğrusal Planlama Modeli (Kowalski, 1988: 95)



Şekil 3. Doğrusal Olmayan Planlama Modeli (Kowalski, 1988: 97)

Yetişkin Eğitiminde Program Geliştirme Adımları

Halk eğitiminde program geliştirme çalışmasında, eğitsel gereksinimlerin belirlenmesi ile başlanarak, ilgilerin ortaya çıkarılması, eğitsel araçların saptanması, eğitim durumlarının düzenlenmesi ve uygulanması, programın başarısının değerlendirilmesi aşamaları izlenir (Geray, 2002). Bir yetişkin eğitimi programının planlanması, inceleme, planlama, uygulama ve değerlendirme olmak üzere dört aşamadan oluşur. Bir yetişkin eğitimi programı planı, bu dört aşamayı içermeli ve her aşama için aşağıdaki soruların cevapları verilmiş olmalıdır (Bülbül, 1991):

- Hangi amaçla yapılacak?
- Ne yapılacak?
- Nerede yapılacak?
- Ne zaman, ne kadar süre yapılacak?
- Kim/kimler tarafından yapılacak?
- Nasıl (yöntem, araç-gereç, finansman v.b.) yapılacak?
- Yapılanlar nasıl değerlendirilecek?

Uysal (2009), program planlamayı altı aşamalı bir süreç olarak düşünmektedir. Bu basamaklar; programın temel gerekçesinin oluşturulması, eğitim ihtiyaçlarının ve amaçlarının belirlenmesi, öğrenme yaşantılarının tasarlanması, değerlendirme planlarının oluşturulması ve son olarak da yönetsel durumların kararlaştırılması şeklinde sıralanabilir.

1. Programın Temel Gerekçesinin Oluşturulması

Eğitim programları belirli bir örgütsel bağlam içinde, belirli hedef kitlelere dönük olarak geliştirilir ve uygulanır. Bu programların bireysel, örgütsel ya da toplumsal gereksinimleri karşılaması beklenir. Hangi hedef kitleye, niçin eğitim planlandığı konusunda ikna edici kanıtların sunulması planlamanın bu alt süreci ile ilgilidir. Programın gerekçelendirilmesi süreci aynı zamanda programın alanının da belirlenmesini içerir. Programın genel amaçları bu süreç içinde geliştirilir. Genel amaçlar aynı zamanda uzun vadeli amaçlardır (Uysal, 2009).

Eğitim programları, öğretilmek istenilenlerin hedef kitle tarafından bilinmediği ve bu eksikliği gidermenin en etkili yolunun eğitim olduğu düşüncesinde dayalı olarak düzenlenmektedir. Eğitim ihtiyacı analiz edildikten sonra ihtiyaca uygun olarak düzenlenecek programdan nasıl bir sonuç beklendiği amaçlarda ifade edilmektedir. Programın beklenen sonuçları gerçekleştirilmesi için, öğretime başlamadan önce ayrıntılı bir planlama yapılmalıdır. Öğretim için yapılacak planlama uzun, orta ve kısa dönemli planlar olmak üzere üçe ayrılır. Uzun dönemli planlar hazırlandıktan sonra bu planlamayı gerçekleştirecek orta ve kısa dönemli planlamalar yapılır. Bu nedenle öncelikle işe uzun dönemli planlama ile başlanmalıdır. Öğretim programlarının hazırlanması eğitimle ilgili uzun dönemli planlamadır (Selvi, 2000).

Davranışlarda istenilen değişikliklerin gerçekleşmesi için yapılacak uzun dönemli planlama, analiz, tasarım ve uygulama aşamalarını içermelidir. Analiz aşamasında, eğitim ihtiyaçları belirlenmektedir. Bu aşamasında bireylere "öğretilmesi gerekenler nelerdir?" sorusuna yanıt aranır. Bu soruya

yanıt bulunduktan sonra, eğer bir eğitim ihtiyacı ortaya çıkmış ise program amaçları belirlendikten sonra tasarım aşamasına geçilebilir (Selvi, 2000).

Mager (1996), eğitim amaçları açık olarak belirlenmediği takdirde, eğitimle ilgili yazılı kaynakların, içeriğin, yöntemlerin tasarlanması ve seçiminde sağlam bir temel oluşturulamayacağını belirtmektedir. Amaçlar olmadan öğrencilerin ve programın başarılı olup olmadığının saptanması için gerekli ölçütler de belirlenemez. Programa katılan öğrencilerin kendi öğrenme etkinliklerini organize edebilmeleri için amaçları, yani kendilerinden ne beklenildiğini bilmeye ihtiyaçları vardır. Amaçlar saptanmadan eğitim çalışmalarını başlatma, çabalarının boşa gitmesine neden olabilir.

Taba (1967) bir program planının; gerçekleştirilebilir amaçların belirlenmesi, içeriğin seçimi ve düzenlenmesi, öğrenme tecrübelerinin seçimi ve düzenlenmesi, öğretme stratejilerinin açık bir biçimde belirlenmesi ve düzenlenmesi gibi dört temel elemandan oluştuğunu belirtmektedir.

Programın tasarlanması ve geliştirilmesi sırasında belirlenen amaçlar eğitim sonunda kazandırılması gereken davranışların genel bir tanımını içerir. Eğitim, bireylerde istendik davranış değişikliği gerçekleştirme süreci olarak tanımlanmaktadır. Eğitimin tanımında yer alan istendik davranışın ne olduğu programın genel amaçları ile ortaya konulmaktadır. Programın amaçları dikkate alınarak bu amaçları gerçekleştirmek üzere programda yer alacak derslere ve içeriğe karar verilir. Öğretim programı hazırlandıktan sonra program uygulamaya konulur. Hazırlanan program uygulamalar sırasında gözden geçirilerek geliştirilir (Selvi, 2000).

Program gerekçesi ve genel amaçları kimi zaman ulusal kalkınma amaçları, kimi zaman sosyal politika önlemleri ile kimi zaman da örgütsel amaçlarla ilişkilendirilerek ortaya konulabilir. Programı gerekçelendirmek kimi durumlarda karşılanması gereken eğitim gereksinimlerinin ortaya koyulması açısından verili kaynaklara dayalı olarak yapılan bir araştırma olarak da kabul edilebilir (Uysal, 2009).

2. Eğitim İhtiyaçlarının Belirlenmesi

İhtiyaç, bir amacın gerçekleştirilmesi için gerekli ya da yararlı olan husus ya da güçlü istek anlamına gelir. İhtiyaç saptama, program geliştirme çalışmasının önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Programın hazırlanması için bir program ihtiyacının ortaya çıkması ve bu ihtiyacın en iyi şekilde karşılanması için de gerçek ihtiyacın ne olduğunun saptanması gerekir. İhtiyacın saptanması yapılacak eğitim etkinliklerinin programlanması için de gerekli bilgileri elde etmede yardımcı olmaktadır. İhtiyaç saptama çalışmaları, programın hedeflerinin gerçek ihtiyaçları karşılayıp karşılamadığını da ortaya koymada yardımcı olur (Demirel, 2008).

Bireylerin, kurumların ve yerel toplumların gereksinimleri, deneyimleri ve ilgi alanları farklı olduğu gibi, her birinin belli konulardaki bilgi düzeyleri de farklıdır. Üstelik kimileri eğitsel gereksinimlerini bilmeyebilir ya da bunların farkında olmayabilir. Bu durumda, bireylerin gereksinmelerine, deneyimlerine uygun nitelikte eğitim programları hazırlamak için bireylerin kişisel özellikleri, siyasal eğilimleri, amaçları, başarı düzeyleri gibi niteliklerin bilinmesi gerekir. Böylece etkinliklere katılacakların ortak ilgileri, gereksinimleri öğrenilmiş, yapılacak öğrenimin konusu saptanmış olur (Geray, 2002).

Bazen, ihtiyaçlar ya hiç fark edilmemekte ya da artık iyice belirgin hale geldiği zaman fark edilmektedir. Buna göre, ulusal düzeyde bir birime sosyal ve ekonomik göstergeleri incelemek sorumluluğu verilmeli; yerel düzeyde de bir birimden ya da ehliyetli bir sosyal bilimciden böyle bir görevi üstlenmesi istenmelidir. Bu gerçekleşinceye kadar, eğitim hizmetlerinin sorumluluğunu taşıyan resmî makamlar veya hizmet veren kuruluşlar, ihtiyaç belirleme amacıyla kriter saptamak ödevinden kaçınmazlar. Kolaylık sağlamak üzere bu makam veya kuruluşlar, bir yandan bireysel ihtiyaçlar ile toplumsal ihtiyaçlar arasında, öte yandan duyulan veya ifade edilen ihtiyaçlar ile gizli ihtiyaçlar arasında yararlı iki ayırımı gidebilirler (Lowe, 1985).

Birinci ayırımla ilgili olarak, bireysel ya da toplumsal ihtiyaçlardan hangisine ağırlık vereceğini kararlaştırmak ilgili resmî makama veya kuruluşa

düşer. Sorunun özü, ihtiyacın nasıl bilineceği ve saptanacağıdır. Daha önce belirtildiği üzere, sadece isteme göre hareket edilirse sorun yoktur. Buna karşılık, en çok ihtiyacı olan kimselere veya gruplara hizmet vermek yolunda kararlı bir tutum varsa, o takdirde, sistemli bir incelemeye girmek gibi uzun ve zor yolu seçmekten başka çare yoktur. Böyle bir incelemeyi başlatırken, karşımıza derhal birbiri ile ilişkili iki soru çıkar. Birincisi, ihtiyaç neye göre belirlenecektir? İkincisi, çok sayıda eğitim ihtiyacı bulunduğu ve bunların hepsinin karşılanması olanaksız olduğuna göre, önceliklerin saptanması için nasıl bir kriter kullanılacaktır? Hizmet verenler, her iki soruyu da cevaplandırmak üzere değer yargısına başvurmak zorundadırlar. Neyin istenmeye değer olduğu üzerinde bir yargıda bulunmaktan kaçınamazlar. Kısacası, ihtiyaçların derecesi, belli bir sosyal görüşe göre belirlenmiş olacaktır (Lowe, 1985).

Geray'a göre, (2002) eğitsel gereksinmelerini, ilgilerini ortaya çıkarmak amacıyla bireylerin;

- Her biriyle görüşme yapılabilir.
- Öğretilmesini istedikleri konuları belirten bir kâğıt dolaştırılabilir ya da adreslerine postalanabilir.
- Öğrenim sırasında ya da öğretimin sonunda, gelecek bir eğitim izlencesine ilişkin istekler saptanabilir.
- Katılımcıların aralarından seçtikleri küçük bir gözlemci kurulun izlenimlerinden yararlanılabilir.
- Resmi olmayan danışma toplantılarında görüşleri alınabilir.
- Toplumun eğitsel gereksinmeleri, ilgi ve eğilimleri bilimsel araştırmalarla saptanabilir.
- Derlenen istatistik bilgilerden belli başlı izlence alanlarının neler olabileceği kestirilebilir.

Verimli bir eğitim programı gerçek ihtiyaçlara dayalı olmalıdır. Eğitim programını hazırlayıp uygulamaya koymak için bireyin, toplumun ve konu

alanının ihtiyaçlarının öncelikle belirlenmesi gerekmektedir. Çünkü belirlenen ihtiyaçlar, eğitim etkinliklerinin nasıl planlanacağını, eğitim hizmetlerinin ne yönde işe koşulacağını gösterecektir.

Demirel (2008), ihtiyacın analiz edilmesinde dört farklı yaklaşımdan söz etmektedir. Bunlar; farklar yaklaşımı, demokratik yaklaşım, analitik yaklaşım ve betimsel yaklaşımdır:

Farklar yaklaşımı: Beklenen ve gözlenen başarı arasındaki farkın ortaya konmasına dayanır. Bireyin bilgi, tutum ve beceri açısından biyolojik, psikolojik ve sosyolojik olarak gereksinim duyduğu yeterlilikleri ile yine aynı açılardan sahip olduğu yeterlilikler arasındaki fark, bireye bilgi, tutum ve beceri açısından kazandırılmak istenen yeterlilikleri ortaya koyar.

Demokratik yaklaşım: Bu yaklaşımda toplumdaki baskı gruplarının istekleri ve ilgileri belirleyicidir. Bu nedenle baskı gruplarının niteliğine bağlı olarak programların niteliği de değişecektir. Toplumla bütünleşen programların ortaya konması açısından da yararlıdır.

Analitik yaklaşım: Bu yaklaşımda, ulusal ve uluslararası koşullardaki değişimlere ait yönelimlerden hareket edilir. Gelecekte ortaya çıkması olası durumlardan yola çıkılarak yapılır. Bugünkü bilgilerle mevcut durumdan hareket edilerek geleceğe yönelik varsayım ve durumlar ortaya konur.

Betimsel yaklaşım: Bu yaklaşımda belirli olgu ya da eğitim yaşantılarından yola çıkılır. Bir nesnenin yokluğu ya da eksikliğindeki “zarar” ile varlığının sağlayacağı “yarar” karşılaştırılır. Mantık alanında ve araştırmalarda olduğu gibi, iki varsayımdan (nesnenin varlığı/yokluğu) hareket edilerek yapılır.

İhtiyaç, var olan durumla olması gereken durum arasındaki fark, boşluk, dengesizlik, eşitsizlik olarak da tanımlanabilir. İhtiyaç belirleme, temelde bir araştırmadır. Bu araştırmalar doğrudan potansiyel katılımcılar üzerinde yürütüleceği gibi dolaylı kaynaklardan da elde edilebilir. Doğrudan araştırma teknikleri; testler, soru kağıdı uygulaması (anket), mülakat, nominal

grup tekniği, Q short, iş analizi, topluluk izlenim tekniği olarak sayılabilir. Zaman ya da maliyet açısından doğrudan araştırma güç olduğu zaman ve dışardan gözlemcilerin de görüşlerine ihtiyaç duyulduğunda dolaylı araştırma teknikleri kullanılabilir. Bu durumda hedef kitlenin kendilerinin ortaya koyduğu ihtiyaçlara değil, onların ihtiyaçlarını bildiği varsayılan kişilerden ve bu ihtiyaçlarla ilgili kayıtları analiz ederek eğitim ihtiyaçlarına ulaşılır. Dolaylı araştırma teknikleri olarak da göstergelerin analizi ve Delphi tekniği kullanılabilir (Uysal, 2009). Tekniklerin her birinin bir diğerinden üstün ya da zayıf yönleri vardır. Değerlendirme yaparken bir ya da daha fazla teknikten yararlanılabilir.

3. Program Amaçlarının Belirlenmesi

Hedef, planlanmış ve düzenlenmiş yaşantılar yoluyla kazandırılması kararlaştırılan, davranış değişikliği ya da davranış olarak ifade edilmeye uygun olan bir özeldir (Ertürk, 1979).

Hedef, genel anlamıyla varılmak istenen nokta olarak tanımlanabilir. Eğitimde ise hedef kişide gözlenmesi gereken istendik zelikler olarak ele alınabilir. Bu zellikler bilgi, beceri, değer, ilgi, tutum, güdülenmişlik, kişilik vb. olabilir. Burada temel kavram istendiktir. Eğitim programlarında hedeflerin belirlenmesi, programda izlenecek yolun ve beklenen sonuçların belirlenmesi, program içeriğinin saptanması, çalışmaların değerlendirmesi açısından önemlidir.

Eğitimde hedefler uzak hedef, genel hedef ve özel hedef olmak üzere üç düzeyde belirlenmektedir. Hedeflerin belirlenmesinin yanında aşamalı olarak sınıflandırılmasının öğrenme etkinliklerine olumlu etkisi vardır. Hedeflerin aşamalı olarak sınıflandırılmasında ise yaygın olarak Bloom Taksonomisi kullanılır. Bu sınıflamada belli bir alana giren hedefler kolaydan zora, basitten karmaşığa doğru sıralanmıştır. Bu sınıflamada hedefler; bilişsel, duyuşsal ve devinişsel alan olmak üzere üç alanda ele alınır (zvarış, 2001).

Hedefler yazıldıktan sonra davranışa dönüştürülmesi gerekmektedir. Çünkü hedefler doğrudan gözlenemeyen ancak davranışlar gözlenerek varlığına karar verilebilen bilgi, beceri, anlayış gibi özelliklerdir. Bu özelliklerin gözlenip ölçülebilmesi hedeflerin davranışsal tanımlarının yapılması ile mümkündür. Hedeflerin davranışa çevrilmesi demek, hedefin iş ve hareket gösterir biçimde ifade edilmesi demektir. Bu yolla hedefler ile sınıf içi etkinliklerin bağı kurulur. Davranış ifadelerinin eğitim açısından davranış olabilmesi için; “gözlenebilir”, “ölçülebilir” ve “istenilir” olması gerekmektedir (Demirel, 2008).

Program amaçları, akılcı, somut uygulanabilir olmalıdır. Amaç oluşturulmasında amaç; geçerlilik değil, başarılabirliktir. Program planlamacılarının, program amaçlarının açıklığını test etmek için kendilerine amaç ile öncelikli ihtiyaçlar arasındaki ilişki açık mıdır; amaç, programın önemli bir parçasında odaklaşmakta mıdır; amaç, uygulanabilir ve başarılabirliktir midir; amaç, belirli bir zaman diliminde ulaşılabilir midir; amaç, programın bütün ilgilileri (katılımcı, yönetici gibi) için anlamlı ve anlaşılır mıdır; amaçların ölçülebilir olduğu düşünülmemekte midir sorularını sormalıdır (Caffarella, 1994):

Program amaçları üzerinde program boyunca yeniden çalışılabilir, değiştirilebilir, kaldırılabilir, yenileri eklenebilir. İyi ifade edilmiş program amaçları programın iç tutarlılığını belirlemede kontrol aracı olarak kullanılabilir. Program amaçları iç tutarlılık kontrolü için kullanıldığında, program amaçları ile öğrenme etkinlikleri ve değerlendirme süreçleri arasındaki ilişki görülebilir olmalıdır (Uysal, 2009).

Eğitim programlarının amaçlarının saptanmasında, farklı kuramcılar farklı yaklaşımları belirtmektedirler. Örneğin, Davranışçı kuramcılar, amaçların, sonuç-davranışları çok kesin, ölçülebilir ve gözlemlenebilir terimler içinde tanımlanmasında ısrar ederler. Bilişsel kuramcılara göre ise, amaçlar son ulaşım noktaları olmaktan çok, yolculuktaki yolları belirtir ve gelişimseldir. Ancak, Andragojik kuramcılara göre; öğrenen amaçlarını, kendi-tanı koyduğu gereksinimleriyle ilgili olarak özgürce seçmedikçe bunlara karşı direnme

eğiliminde olur (Özvarış, 2001). Yetişkin eğitiminde uzun dönemde gözetilen amaç, programa katılan bireylerin yaşamlarının geri kalan kısmında da öğrenme isteği duyacak ve bu olanağı bulabilecek bir düzeye ulaşmalarıdır. Yetişkin eğitimi programlarında amaç saptama için benimsenmiş olan ortak ilkeler (Güneş, 1996) şunlardır:

- Program yetişkinlerin gereksinimlerine dayandırılmalıdır.
- Çocuklardan farklı olarak yetişkinler, öğrenme gereksinimlerini daha açık bir biçimde ifade edebilirler, amaçlar saptanırken ifade edilen gereksinimler dikkate alınmalıdır.
- Çoğu durumda yetişkinler arzu ettikleri amaçlara, kendi başlarına ulaşmak için karmaşık öğrenme stratejileri geliştirirler.

Sonuçta, yetişkin eğitimi programlarının amacı, yetişkinlerin ilgi, gereksinim ve değerlerine dayalı olarak, toplumun ve günün şartlarına yanıt verecek şekilde saptanmalıdır.

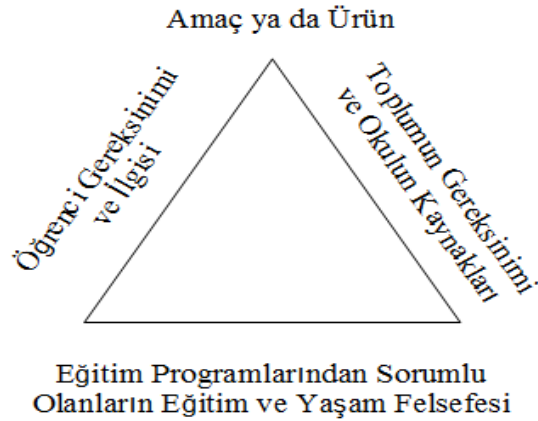
4. Öğrenme Yaşantılarının Tasarlanması

Program Deseninin Oluşturulması

Her işin iyi bir plana göre yapılması ve belirli bir programa göre yürütülmesi gerekir. Aynı şekilde, program geliştirmede de aynı yaklaşım izlenmelidir. Program geliştirme planının organizasyonel yapısı, programın etkililiğinde kilit noktadır. Bu husus, mevcut kaynakları en iyi biçimde işe koşmada temel bir tasarımdır. Kuşkusuz bir programın yapımı birçok faktörü ve tekniği içermektedir. Bir programın belirli bir deseni olmalıdır ve aynı zamanda program, belirli bir felsefe ve amaç ile öğrenme ilkeleri ve hizmet edeceği toplumun niteliği gibi faktörlere dayanmalıdır. Program geliştirme deseni, program için esas alınan plan ya da yapıyı ifade etmektedir. Bu kavram öğrenme yaşantılarının nasıl düzenleneceği hususunu genel bir tarzda göstermektedir. Program deseni ile ilgili olarak Virgil E. Herrick şöyle demektedir (Akt. Alkan, 1983):

“Bir program modeli, öğrenme-öğretme durumu ile ilgili olarak işe vuruk kararlara ilişkin tutarlı öncelikler ve değerlerden oluşan referans çerçevesi sağlar. Bir program yapısı, eğitim kurumunun boyutları ve alanında belirgin ve tutarlı bir organik birlik ve kalite ifade eder.”

Genel bir görüş kazanmak için program geliştirme deseni ile ilgili Şekil 4'te Minnesota Üniversitesi öğretim üyelerinin geliştirdiği "Genel Eğitim Koleji" programının deseni gösterilmektedir (Alkan, 1983).



Şekil 4. Minnesota Üniversitesi, “Genel Eğitim Koleji” nin Program Geliştirme ve Planlamada Kullandığı Desen (Alkan, 1983: 40)

Minnesota Üniversitesi, “Genel Eğitim Koleji” nin program geliştirme ve planlamada kullandığı desen, programın geliştirilmesinden sorumlu kişilerin eğitim, inanç ve azimlerine, toplumun ve öğrencilerin gereksinimlerine dayalı olarak desenlenmiştir

İçeriğin Belirlenmesi ve Düzenlenmesi

Eğitim programı geliştirmede, belirlenen hedeflere ulaşabilmek için “ne öğretelim” sorusuna yanıt aranan adım; içeriğin seçimi ve düzenlenmesidir. İçerik seçiminde en önemli nokta öğretim programında yer alan hedeflerle içeriğin tutarlılığıdır. İçeriğin seçiminde aşağıda verilen ölçütlere göre hareket edilmelidir (Özvarış, 2001: 57):

- **Bireysel fayda:** Uygulanan içeriğin bireylerin gelişme ve öğrenmesine yardımcı olup olmadığıdır.
- **Toplumsal fayda:** Bireylerin çağdaş dünyanın koşullarına ulaşmak ve bu düzeye uyum sağlamak için nelerle donatılması gerektiğidir.
- **Öğrenme ve öğretme:** İçeriğin öğrenilmesi sırasında, öğrenen bireyler için bir anlam ifade edip etmediğidir. Diğer bir ifade ile içeriğin bireylerin ilgi ve gereksinimlerine uyup uymadığı konusudur.

Eğitim programlarında içerik düzenlemede farklı yaklaşımlar bulunmaktadır. Bunlar; doğrusal, sarmal, modüler, piramitsel ve çekirdek, konu ağı-proje merkezli ve sorgulama merkezli programlama yaklaşımlarıdır (Demirel, 2008). Bir eğitim programında yer alan hedeflerle, program içeriğinin iki boyutlu çizelge üzerinde gösterilmesine “hedef-içerik çizelgesi” veya “belirtke tablosu” denir. Grounland’a göre (1981), belirtke tablosunun oluşturulmasında öğretim hedeflerini belirleme, ders içeriğini belirleme ve iki boyutlu çizelgeyi hazırlama aşamaları önemlidir. Bu tablonun bir boyutunda hedefler, ikinci boyutunda ise konular sıralanır. Belirtke tablosu; hem öğrenme etkinliklerinin seçilmesinde hem de ölçme aracı için uygun test maddelerinin geliştirilmesinde yardımcı olur (Turgut, 1997).

İçeriğin seçilmesi, yani öğrenme etkinliğinde nelerin öğretileceğine karar verilmesi sanıldığı kadar kolay değildir. Amaçlar, zaman sınırlamaları, katılımcıların hazır bulunuşluk düzeyi içeriğin belirlenme sürecini etkiler. İçeriğin seçilmesinde başlangıç noktası kuşkusuz, öğrenme hedefleridir.

Özellikle zaman kısıtlaması varsa, önemine ve önceliğine göre içerik belirlenmelidir. Bunun için şöyle bir çerçeve önerilebilir (Caffarella, 1994):

- Katılımcıların neleri bilmesi şarttır? (Öğrenme hedefleri için gerekli olan içerik),
- Katılımcılar neleri bilse iyi olur? (Gerekli olan içeriğe destek içerik),
- Katılımcılar neleri bilebilir? (Konunun anlaşılması için şart olmasa da ilgili ya da ilginç içeriktir.)

İçerikte kavramların, ilkelerin, fikirlerin önceden belirli bir bütünlük içinde organize edilmesi (düzenlenmesi), öğrencinin de organize edilen bilgiyi anlamlı biçimde içselleştirmesi gerekir. Bu süreçte eğitimcinin görevi, içeriği en uygun biçimde organize ederek yapılaşdırma, uygun materyalleri seçme ve konuyu tündengelim yaklaşımıyla anlamlı biçimde alınmasını kolaylaştırmadır. Öğretmenin bunları yaparken yararlanabileceği üç temel ilke bulunmaktadır (Demirel, 2008):

Kapsama İlkesi: Yeni bir içerik önceden öğrenilen yapının içinde verilmelidir.

Tündengelim İlkesi: İçeriğin sunumunda önce genel yapılar ortaya konulmalı, sonra ayrıntılara inilmelidir.

Önkoşul İlkesi: Ön öğrenmeler yeni öğrenileceklere temel oluşturmaktadır. Bunun için örgütleyici bilgilerden yararlanılabilir. Bilginin yapılandırılmasında güçlü bir bağ oluşturulmalı ve bilgi yapıları arasındaki aşamalılık, bilginin ileride de ele alınabilmesine olanak tanınmalıdır.

İçerik önkoşul ilkesi çerçevesinde belirli bir sıraya konulmalıdır. Öğrencilerin ön bilgi düzeyleri belirlenmelidir. İşlenmesi gereken konuların belirlenerek genelden özele doğru sıralanması, örneklendirilmesi gerekir. Öğrencinin adım adım genelden özele doğru ilerleyebileceği, eski ve yeni kavramlar arasında benzerlik ve farklılıkları bulabileceği biçimde içerik düzenlenmelidir. Bu konuda dikkat edilecek hususlardan birisi, öğrenme içeriğinin yetişkinlerin ihtiyaçları doğrultusunda esnek tutulabileceği, daha esnek bir planlamanın söz konusu olabileceğidir.

Bununla birlikte, kursların içeriği konusunda bazı ilgi çekici gelişmeler olmaktadır. Gelişmiş ülkelerde, sağlık ve beslenme eğitimi, geleneksel olarak okullara bırakılmıştır. Bunun tersine, gelişmekte olan ülkelerde sağlık eğitimine yetişkin eğitimi programlarının önemli bir parçası olarak bakılmaktadır; bununla birlikte, bu eğitimi verme sorumluluğu, çoğu kez, bir yetişkin eğitimi kurumunun üzerinde olmayıp sağlık hizmetlerini üstlenen kurumun üzerinde bulunmaktadır. Birçok ülkede, daha iyi beslenme olanakları hususunda bilgi yaymak üzere eğitim yöntemleri

kullanılmaktadır. İnan'da tıp öğrenimini tamamlamış olan gençler, askerlik hizmeti sırasında, halkın sağlık ihtiyaçlarını karşılamak, onlara koruyucu sağlık bilgileri vermek ve genellikle yaşanan çevreyi daha sağlıklı halde tutmak üzere yerel toplumlara gönderilmektedirler (Lowe, 1985).

Eğitim Durumlarının Düzenlenmesi

Program geliştirme sürecinde, öğrenme etkinliklerinin yürütülmesinin veya eğitim durumunun planlanması, diğer bir ifade ile öğrenme-öğretme süreci, programın en önemli boyutudur. Çünkü öğrenme bu boyutta gerçekleşecektir. Öğrenenleri programın merkezinde tutabilmek için, eğitim programının hedefleriyle tutarlı olan öğrenme etkinliklerinin neler olacağının dikkatli bir şekilde ve iyi seçilmesi gerekmektedir. Bunun için eğiticinin ve öğrenenin izleyeceği rehberler ayrıntılı bir şekilde hazırlanmalıdır. Burada eğiticinin temel görevi, eğitime katılan bireylerin öğrenmesine rehberlik etmektir. Öğrenenlerde istenilen davranışların geliştirilmesi için yaşantıların etkili bir biçimde düzenlenmesi söz konusudur. Öğrenme yaşantıları düzeneği öğrenene ve eğiticiye dönük olarak iki aşamada ele alınarak hazırlanır.

Öğrenme Yaşantıları

Öğrenme yaşantıları, eğitim durumlarının öğrenci açısından bir düzenlemesi, kazandırılması planlanan öğrenme yaşantılarının bir düzeneğe göre sıralamasıdır.

1. Giriş Etkinlikleri: Öğrenme yaşantıları düzenlenirken öncelikle bireye, üzerinde çalıştığı dersin ya da ünitenin sonunda hangi davranış, özellik ve becerileri kazanacağı önceden bildirilmelidir. Daha sonra bu hedefe ulaşabilmek için nasıl bir bilgi içeriğine gereksinimi olduğu belirtilmelidir. Böylece hedef-içerik ilişkisi kurularak bireyin o ders ile ilgili bilgileri almaya hazır hale gelmesi sağlanır.
2. Gelişme Etkinlikleri: Program hazırlanırken yapılması planlanan etkinlikler bu aşamada uygulamaya konulur.

3. Sonuç Etkinlikleri: Ders ya da ünite işlendikten sonra yapılması planlanan etkinlikler bu bölümde yer alır. Bu etkinlikler tartışma soruları, gezi, gözlem, deney, özet çıkarma, üretme gibi bilinen ve öğrenilen konulardan hareketle bilinmeyeni bulmaya yönelik olabilir (Turan, 2002).

Öğrenme Yöntem ve Tekniklerinin Belirlenmesi

Format programın nasıl yapılandırılacağına ve organize edileceğine işaret eder. Temelde 5 öğrenme formatından söz edilebilir (Caffarella, 1994):

- Bireysel formatlar: Çıraklık, öz yönelimli öğrenme, klinik denetleme, bilgisayar destekli eğitim, elektronik posta vb.
- Yüz yüze küçük grup formatları: Kurslar/dersler, seminerler, atölyeler, destek grupları, geziler vb.
- Yüz yüze büyük grup formatları: Konferanslar, kongreler, kulüpler, ağlar, konuşma serileri, sergiler.
- Uzaktan eğitim formatları: Mektupla öğretim, sesli konferanslar, görüntülü konferanslar, radyo yayını, kablolu televizyon, uydu iletişimi.
- Toplum öğrenme formatları: Toplum kaynak merkezleri, toplum kalkınması toplumsal eylem grupları.

Bu sınıflama örnek bir sınıflamadır. Bu noktada önemli olan konu, program planlamacıların belli bir program yapılandırılırken sadece tek bir doğru olmadığını farkında olmaları, alternatif öğrenme formatları hakkında düşünmeleridir.

Eğitmen, öğrencilere kazandırılacak davranışların tür ve düzeyine dayalı olarak, düz anlatım, tartışma, örnek olay, gösteri, problem çözme, bireysel öğretim ve rol oynama gibi yöntemler arasından seçim yapabilir. Belirli davranışların öğrencilere kazandırılmasında birçok yöntem ayrı ayrı kullanılabilir gibi, birkaç yöntem birlikte de kullanılabilir. Ayrıca, bu yöntemlerin her birinde farklı tekniklerden yararlanılabilir. Örneğin, psikomotor becerilerin öğrencilere kazandırılmasında gösterip yaptırma yöntemi etkili olmakla birlikte, bu becerilerin öğrenilebilmesi için bilişsel ve duyuşsal bazı

davranışların da öğrenilmiş olması gerekebilir. Bilişsel ve duyuşsal davranışların öğretilmesi amacıyla da anlatım, programlı öğretim, örnek olay, tartışma, vs. yöntemlerden yararlanılabilir. Diğer yandan, gösterip yaptırma yönteminde dramatizasyon, deney, gözlem, gezi teknikleri ayrı ayrı veya bunların birkaçı birlikte kullanılabilir. Tartışma yöntemi paneller, açık forum ve beyin fırtınası gibi çeşitli şekiller alabilir. Programlı öğretim, soru-cevap-geri bildirim sürecini içerir ve bir kitap veya bilgisayar destekli öğretim yoluyla sunulabilir (Yalın, 2002).

Öğretim yöntemleri, esas itibariyle öğrencilere kazandırılacak davranışların özelliklerine göre seçilmekle birlikte, yöntem seçimini etkileyen diğer birçok faktör vardır: Öğrenci grubunun büyüklüğü, zaman, öğretim ortamı, araç-gereç durumu, öğretmenin yeterliliği ve tutumu gibi. Örneğin, bilişsel davranışların öğretiminde, öğrencilerin öğrenme sürecine aktif olarak katılımını sağlamak ve bu süreçte yaptıkları bütün tepkilere anında ve düzeltici geri bildirim sağlamak önemlidir. Ancak, kalabalık sınıflarda, özellikle de dersin işlenmesinde zaman açısından bir sınırlama varsa, öğrencilerin aktif katılımını sağlayacak tartışma ve soru-cevap gibi yöntemlerin etkili olarak kullanılması mümkün olmayabilir. Çünkü ders için ayrılan zaman yeterli olmayacağı gibi derste bir kısım öğrencilerin aktif olmasına, diğerlerinin ise dersten uzaklaşmasına yol açabilir.

Öğretme Durumları

Öğrenen için ortaya konulan düzenek, öğretene için de hazırlanmaktadır. Burada öğretene, öğrenmeyi kolaylaştırmada nasıl rehberlik yapılacağı üzerinde durulmalıdır. Öğretme durumları etkinlikleri de üç aşamada ele alınmaktadır (Turan, 2002):

1. Giriş Etkinlikleri: Bu aşamada, sunuş yoluyla öğretim yaklaşımından yararlanılır. Çünkü bu aşamada öğrenene ne öğrenileceği, nasıl öğrenileceği konusunda bilgi verilmektedir.
2. Gelişme Etkinlikleri: Öğrenen-öğreten etkileşiminin çok olduğu bu aşamada buluş yoluyla öğrenme yaklaşımına yer verilmelidir.

Bilgilendirmekten çok buldurmak önemli olmalı, öğretene rehberlik görevini üstlenmelidir.

3. Sonuç Etkinlikleri: Öğrenenleri araştırma-inceleme yapmaya yöneltmek amacıyla bu aşamada araştırma yoluyla öğretim yaklaşımı merkeze alınmalıdır.

Programın Zamanlanması

Program formatı belirlendikten sonra program için en uygun tarih ve en uygun program süresi katılımcıların da görüşleri dikkate alınarak belirlenmelidir. Eğitim süresi eğitim olanaklarını gerçekleştirmeye olanak verecek uzunlukta olmalı; gereksiz zaman harcamayı önleyecek biçimde hazırlanmalıdır. Program eğitim etkinlikleri yanında, sosyal etkinlikler için ayrılan saatler de katılımcılara bildirilmelidir.

Program tarihleri kesinleşmeden, programın zamanlamasının katılımcıların iş ve özel hayatlarındaki programlarına uygun olduğundan emin olmak gerekir. Hedef kitlenin başka yükümlülükleri olduğu, iş hayatındaki yoğun dönemlerde, bayramlarda, ailevi sorumlulukların fazla olduğu dönemlerde program yapılmamalıdır. Benzeri olarak büyük tatiller sırasında veya bu tatile yakın dönemlerde eğer tatil paketi, programın sunuş stratejisinin bir parçası olarak düşünülmediyse, program planlanmamalıdır (Uysal, 2009).

5. Değerlendirme Planının Oluşturulması

Değerlendirme, programın etkililiği hakkında karar verme sürecidir. Ertürk (1979), değerlendirmeyi, yetişek geliştirmenin son ve tamamlayıcı halkası olarak eğitim hedeflerinin gerçekleşme derecesini tayin etme süreci olarak tanımlamaktadır.

Program değerlendirme, temelde öğretimin değerlendirilmesini içermektedir. Bloom ve arkadaşları (1971), öğretim ve değerlendirmenin istendik davranışın oluşmasında eğitim sürecinin ayrılmaz iki ögesi olduğunu;

değerlendirme olmadan öğretim durumu hakkında karar vermenin olanaksız olduğunu ortaya koymakta ve değerlendirmenin işgörüsünü, hedeflerle belirlenen değişmelerin olup olmadığını, olmuşsa gerçekleşme derecesini belirleyen kanıtların toplanıp yargılanması olarak belirlemektedirler.

Bir eğitim programının başarılı olabilmesi için tüm öğrencilerin programda amaçlanan hedeflere ulaşmış olması gerekir, ancak bu her zaman gerçekleşmeyebilir. Bu nedenle, programın uygulanması sonucunda, yetersiz kalan ya da ters işleyen öğelerin olup olmadığı; varsa aksaklıkların programın hangi öğelerinden kaynaklandığını belirlemek ve gerekli düzeltmeleri yapmak amacıyla programın değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu bağlamda değerlendirmenin, eğitim programının etkililiği hakkında veri toplama, verileri ölçütlerle karşılaştırıp yorumlama, etkililik hakkında karar verme basamaklarından oluştuğu söylenebilir. Eğitim programı değerlendirilirken programın tüm öğelerine tek tek bakmak gereği de ortaya çıkmaktadır (Demirel, 2008).

Değerlendirme, kullanılan kıyaslama esasına göre ve yönelik olduğu amaca göre yapılabilir. Kıyaslamaya göre yapılan değerlendirme norma dayalı değerlendirme ve hedefe dayalı değerlendirme olarak ikiye ayrılır. Norma dayalı değerlendirmede bireyleri birbirleriyle karşılaştırma ve seçme söz konusudur. Bu nedenle program değerlendirmede hedefe dayalı değerlendirme daha tutarlı olmaktadır (Ertürk, 1979).

Eğitim programlarının değerlendirilmesinde farklı yaklaşımlar vardır. Bu yaklaşımlar; yetişek tasarısına bakarak, ortama bakarak, başarıya bakarak, erişime bakarak, öğrenmeye bakarak, ürüne bakarak yapılan değerlendirme olmak üzere altı grupta toplanmaktadır. Eğitim programlarının değerlendirilmesinde hem ürünün hem de sürecin değerlendirilmesi önerilmektedir (Ertürk, 1979).

Eğitimde program geliştirme ve değerlendirme iç içedir. Tyler, 1949 yılında, davranışsal amaçlarla değerlendirme arasında ilişki arayan eserini yayınlamıştır. Ona göre, başarı testleri kullanarak sayısal objektivite bulmak

ve böylece ürünü değerlendirmek esastır. Buna ek olarak, öğretim etkinliğini, niteliğini kontrole yönelik olup karar vermeye rehberlik eden, sosyal yararın değerlendirilmesine dönük değerlendirme sistemleri de geliştirilmiştir (Varış, 1996).

Program geliştirme çalışmalarının değerlendirilmesinde rehber ilkeler şunlardır (Varış, 1996):

- Değerlendirme amaçların gerçekleşmesine ilişkin çeşitli süreçleri kapsamalıdır. Bu süreçlerde, programın uygulanması ile bireylerde ve grupta davranış değişikliği meydana gelip gelmediği ölçülecektir.
- Değerlendirilirken, neyin geliştirilmek istendiği gözden kaçırılmamalıdır.
- Değerlendirme, program geliştirmenin devamlı bir yönünü oluşturmalıdır.
- Değerlendirmede hangi teknikler uygulanırsa uygulansın, sonuçların yorumları önemlidir. Ölçme ve istatistiksel verileri ortaya koymakla çalışmanın bittiği değil, henüz başladığı düşünülmelidir.
- Program geliştirmede hem araçlar/süreçler, hem de sonuçlar önemlidir. Değerlendirme çalışmalarının önemli bir gereği de kişinin kendi kendisini değerlendirmede ve tanımada mesafe almasıdır.

Değerlendirme planlanırken bazı süreçlerin gerçekleştirilmesi gerekir. Bu süreçler şunlardır; değerlendirme amacının belirlenmesi, değerlendirme için gerekli verilerin kimden ya da nereden sağlanacağına belirlenmesi, veri toplama ve çözümlene tekniklerinin belirlenmesi, verilerin ne zaman toplanacağına karar verilmesi ve son olarak da değerlendirme için ölçüt oluşturmaktır (Uysal, 2009).

Değerlendirme ölçmeye dayanır. Ölçmeyi gerçekleştirmezsek değerlendirme yapamayız. Ayrıca, değerlendirme ölçmenin kesinliğiyle sınırlıdır. En temel yaklaşımla ölçme, *kurallar dikkate alınarak objelere değer atfedilmesi* biçiminde tanımlanmaktadır. Buradaki “obje” terimi fiziksel

objeleri, uzamsal ilişkileri, soyutlamaları kapsamaktadır. Kurallar objektif ya da sübjektif olabilirler, fakat tutarlı olmak zorundadırlar. Örneğin, fiziksel egzersizlerin geliştirilmesi konusundaki bir sağlık eğitimi programının etkisini eğitime katılanların beden ağırlıklarını, egzersiz için harcadıkları zamanı ya da iyilik kavramını algılama düzeylerini inceleyerek ölçebiliriz. Bu üç tür ölçüm açık bir biçimde birbirinden farklıdır. Fakat hepsi de temel ölçme tanımıyla uyuşmaktadır ve program hakkında önemli bilgi sağlarlar. Seçilecek ölçmenin türü değerlendirme için belirlenen ölçütlere, gereken kesinliğe ve bilgi toplama şanslarına bağlıdır. Ayrıca, etkili ölçme özellikleri bu seçimi etkilemektedir. Bunlar; evreni temsil eden uygun örnekleme, programla ilgili bilgilerin anlaşılır terimlerle paylaşılmasını sağlayan etkili iletişim, yüksek düzeyde geçerlik ve güvenirliliktir (Tabak, 2004).

Program değerlendirme genelde üç görevden oluşan bir süreçtir. Yetişkin eğitimi programının niteliği hangi görevlerin değerlendirme amaçları açısından daha önemli ve öncelikli olduğunu ortaya koyar. Bu görevlerden birisi “katılımcı tepkilerinin değerlendirilmesi”dir. Katılımcı tepkilerinin program değerlendirmede bir ölçüt olarak kullanılması, demokratik karar verme süreçlerine yetişkinin katılımı anlamına geldiği için yetişkin eğitimi felsefesi ile de tutarlı görünmektedir. İkinci görev “öğrenmenin değerlendirilmesi”dir. Yetişkinin bilgi, beceri, tutum ve değerlerinde görülen değişimler daha çok ön test-son test, gözlem, sınav gibi uygulamaları gerekli hale getirmektedir. Yalnız, yetişkinler bu tür uygulamalarda yaşadıkları kaygılar nedeniyle öğrenme sürecinden uzaklaşabilecekleri için bu konuya duyarlılık gösterilmesi gerekir. Üçüncü görev “sonuçların değerlendirilmesi”dir ve programın bireye, yaşadığı örgüte, topluma ne tür katkılarının olduğunu belirlemeyi amaçlayan etki araştırmalarını gündeme getirir. Bu görev en zor görevdir, çünkü sonuçlar kısa vadede ortaya çıkmayabilir, ortaya çıkan değişikliklerin her zaman o programa bağlı olarak ortaya çıkıp çıkmadığının belirlenmesi her zaman kolay olmayabilir (Uysal, 2009).

Pek çok değişkeni dikkate almak gerektiğinden, bir programı değerlendirmek son derece güçtür. Gösterilecek ustalığın derecesi açıktır ve

eldeki insan kaynaklarına ve diğer olanaklara, özellikle, değerlendirmeden doğrudan doğruya sorumlu olan yönetici ya da düzenleyicinin uzmanlık bilgisine bağlıdır. Bu nedenle, meslek adamı yetiştirme programlarında değerlendirme tekniklerinin öğretilmesi gerekir. Eşgüdüme dayalı ulusal ya da bölgesel yetişkin eğitimi sistemlerinin bulunduğu yerlerde, merkezî bir değerlendirme biriminin kurulmasının faydası açıktır; bu birim, istek üzerine tavsiyelerde bulunacağı gibi, seçilecek programları dışarıdan objektif olarak değerlendirme çalışmaları da yapabilir (Lowe, 1985).

6. Yönetmel Durumların Kararlaştırılması

Program planlaması sadece programın eğitsel bileşenleri ile ilgili kararları vermenin ötesinde anlam taşır. Program planlamasından sorumlu kişiler bütçe yönetiminin planlama sürecinin temel bir parçası olduğunu bilmelidirler (Uysal, 2009).

Bütçe şekillenirken bazen maliyetler gerçekten harcanabilecek paradan yüksek çıkabilir. Bu durumda program maliyetleri düşürülmek zorundadır. Maliyetler şu şekilde düşürülebilir (Caffarella, 1994):

- Daha ucuz eğitim malzemeleri kullanılması, bazı malzemelerden vazgeçilebilir.
- Programı planlayacak, yürütecek ve/ veya değerlendirecek personel sayısının azaltılabilir.
- Katılımcı sayısı düşürülebilir.
- Daha ucuz öğrenme yöntem ve teknikleri kullanılarak, daha az masraf yaparak aynı belki de daha fazla katılımcının katılması sağlanabilir.
- Daha ucuz tesisler kullanılabilir, ya da para harcanmayacak tesislerden yararlanılabilir.
- Program katılımcıların evlerine dönebilecekleri bir tesiste düzenlenerek, konaklama masrafları ortadan kaldırılabilir.
- Katılımcıların programa ulaşımı ve geri dönüşü için en ucuz ulaşım şekli şart koşulabilir.

- Programı, tesislerin ucuz olduğu dönemlerde gerçekleştirilebilir.
- Promosyon malzemeleri daha ucuza mal edilebilir.
- Maliyet daha düşük olacaksa, katılımcıları bir yerde toplamak yerine programı katılımcılara götürülebilir..
- Maliyet daha düşük olacaksa programların bir kısmının kapsamını daraltılabilir.
- Program gözden geçirilerek, gereksiz olduğu düşünülen etkinlik ve hizmetler, program kapsamından çıkarılabilir.

Bütçeleme işlemleri, programı sunan örgütün niteliği, programın gelir kaynaklarının ne olduğu, harcama kalemlerinin niteliği, programın niteliğine göre değişir. Kimi programlarda harcama kalemlerinin açıkça belirtilmesi gerekirken, kimi durumlarda gerekmebilir. Ancak, W. V. Bell tarafından keskin bir görüşle belirtildiği üzere;

“Yeterli bir yetişkin eğitimi programı, yeterli malî destek gerektirir; yeterli malî destek sağlayabilmek ise, yetişkinlerin eğitilmiş olmasına bağlıdır. Kamu kuruluşları, özel kuruluşlar ve eşgüdüm amacıyla oluşturulan örgütler dâhil olmak üzere bütün alanlarda yetişkin eğitimi önderlerinin karşılaştığı içinden çıkılmaz, ortak ve temel sorun budur. Siyasal bir birim oluşturan topluluklarda sorumluluk duygusu içinde hareket canlandırmak üzere ne yapmalı ki halk yetişkin eğitiminin, değerini anlamış olsun? Bu soruya ilişkin malî ve eğitsel öğeler birbirinden ayrılmaz derecede iç içedir. Bunlardan her biri, diğerini kontrol edecek biçimde etkilemektedir (Akt. Lowe, 1985: 200).

Son yıllar içinde yetişkin eğitimi literatürü, sadece programların kendi verimliliklerini artırmak üzere değil, aynı zamanda, kuşku duyan hükümet yetkililerine yetişkin eğitimi kurumlarının iyi yönetildiklerini ve desteklenmeye lâyık olduklarını göstermek üzere sistematik bir şekilde değerlendirmenin şart olduğunu ileri süren görüşlerle dolup taşmaktadır. Bununla birlikte, kurumların büyük bir çoğunluğunun, kendi amaçları açısından bile, programlarının etkinliğini, saptamak yolunda, ciddi girişimler içinde bulunmadığı hususunda kuşkuya pek az yer vardır. Programların sosyal ve ekonomik yararlarını hesaplamak hususundaki girişimler ise daha da azdır:

“(Eğitimde genellikle durum böyle olduğundan) beklediğimiz üzere, kabaca da olsa bir programın kendi içindeki verimliliğini (maliyet-etkinlik ilişkisini) saptamaya yönelik ciddi ve sistemli girişimlere pek az rastladık; yapılan yatırıma karşılık elde edilen sosyal ve ekonomik yarar (maliyet-fayda ilişkisini) araştırmalarının sayısı ise çok daha sınırlıydı (Coombs ve ark, 1973: 71)”

Yetişkin eğitimi programlarının daha sistemli olarak değerlendirilmesini isteyenler tamamen haklıdır. İyi düzenlenmesi halinde, değerlendirme önce amaçların iyi belirlenmesini gerektirir. Bu, son derece yararlı olur; zira amaçlar bir yıldan öbürüne aynen devredilmekte ve birçok hallerde zamanın gerisinde kalmış ya da kabulü mümkün olmayan varsayımlara dayanmaktadır. Bu durumda, geçmişte yapılanların değerlendirilmesi, gelecekte yapılabilecek hataları önlemenin ve harcanan emek ve paralar üzerinde tasarruf sağlamanın en emin yoludur (Lowe, 1985).

Yönetmelik durumların kararlaştırılmasında son aşama programın sunulmasıdır. Programın sunulmasında iki önemli husus bulunmaktadır. Birincisi, program ile hedef kitle arasında iletişim nasıl kurulacağı. İkincisi eğitim ortamı düzenlenirken nelere dikkat edileceğidir. Program ile potansiyel hedef kitle arasındaki iletişim, programın duyurulması ve tanıtımı yoluyla gerçekleşir. Yetişkinlerin kendileri için sunulan eğitim programlarına katılmamama nedenlerinden birisi yetişkinlerin ihtiyaç duydukları konularda eğitsel olanaklardan haberdar olmamalarıdır. Bu nedenle program hedef kitlenin niteliğine göre yüz yüze iletişim olanakları ya da kitle iletişim araçları kullanılarak duyurulmalı, programı kimin düzenlediği, nerede olacağı, varsa ücreti katılma koşulları bildirilmelidir (Uysal, 2009).

Yetişkinlerin herhangi bir programın daha ilk gününde eğitim programı hakkında edindikleri izlenimin olumlu ya da olumsuz olması programın başarısını da olumlu ya da olumsuz olarak etkiler. Programın başında aksaklık olmaması, beklenmedik durumlar karşısındaki önlemlerin tasarlanması, son kontrollerin yapılması gerekir. Bir yetişkin eğitimi programında bize son derece ayrıntı gelen bir husus, zamanında yerine getirilmezse programı büyük ölçüde sarsabilir. Örneğin vereceği dersi çok iyi

hazırlayan ve sunusunu projeksiyon makinesi kullanmaya dayandıran bir eğitici, makine çalışmazsa tüm hazırlıkları boşa gider. Katılımcılar ile ilgili hizmetler önceden kontrol edilmeli, gerekiyorsa taşıma işlemleri, yolluk yevmiye ve benzeri işlemler önceden çözülmeli, yemek düzenlemeleri kontrol edilmelidir. Mümkünse öğrencilerin dinlenme aralarında oturabilecekleri rahat bir yer sağlanmalı, çay, kahve ve benzeri ikramlar hazırlanmalıdır. Ders saati düzenlemeleri, varsa sosyal program katılımcılara bildirilmeli, varsa eğitim materyalleri katılımcılara ulaştırılmalıdır (Uysal, 2009).

İlgili Araştırmalar

Yapılan literatür taramasında, bir bölümü araştırmayı destekler yönde bulgular içeren araştırmalara rastlanmıştır. Bu araştırmaların bazılarının içerik özelliklerine aşağıda değinilmiştir.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), Türkiye'nin demografik yapısı, doğurganlık düzeyleri ve değişimleri, bebek ve çocuk ölümlülüğü, gebeliği önleyici yöntem kullanımı, anne-çocuk sağlığı ve üreme sağlığı ile ilgili diğer konularda mevcut durum ve değişimler hakkında bilgi sağlayan ulusal düzeyde bir örneklem araştırmasıdır. TNSA-2008, nüfus ve üreme sağlığı alanlarında çoğunlukla başka kaynaklardan elde edilemeyen kapsamlı bilgileri sağlamaktadır. Birçok ulusal gösterge bu araştırmanın verisi kullanılarak hesaplanmaktadır. TNSA-2008, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından, T.C. Sağlık Bakanlığı Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ile işbirliği içinde ve TÜBİTAK'ın mali katkısı ile gerçekleştirilmiştir. TNSA-2008, 1968'den bu yana beş yıllık aralıklarla düzenli olarak gerçekleştirilen ulusal nüfus ve sağlık araştırmaları dizisinin dokuzuncusudur.

TNSA-2008, Türkiye'yi temsil eden bir örneklemde, 10,525 hane halkı ve 15-49 yaşları arasındaki 7,405 evlenmiş kadını kapsayan bir alan araştırmasıdır. Mevcut nüfus ve sağlık politikalarının, hizmetlerinin değerlendirilmesine ve yeni politikaların şekillendirilmesine yardımcı olan TNSA-2008'in bazı temel bulguları aşağıda özetlenmektedir:

- Günümüzde, doğurgan yaşlarda olan kadınlar 10 yıl öncesine göre çok daha fazla eğitilidirler. Geçen on yıl içinde, ilköğretimin en az ikinci kademesini (8 yıllık zorunlu eğitim) bitiren kadınların oranı % 65 artmış, ilköğretimin birinci kademesini (5 yıl) bitirmemiş kadınların oranı da % 41 azalmıştır. Kadınların yaklaşık beşte biri, eğitimi olmayan veya ilköğretimi tamamlamamış kadınlardır; ancak kadınların önemli bir oranının (% 21) en az lise mezunu olduğu görülmektedir.

Kadınların yaklaşık % 52'si sadece ilköğretim birinci kademe eğitimi tamamlamışlardır.

- Yaş ve eğitim arasında ters yönde korelasyon bulunmaktadır. Türkiye'de kentlerde yaşayan kadınların kırsal alanlarda yaşayan kadınlara göre daha eğitilmiş olduğu görülmektedir. Kırsal yerleşim yerlerinde yaşayan kadınların % 28'i herhangi bir eğitim düzeyini tamamlamamış iken, bu oran kentlerde yaşayan kadınlar arasında % 15'e inmektedir.
- Kadınların beşte dördü, kadınların evlendikleri zaman bakire olmaları gerektiği görüşüne katılmaktadırlar. Kadınların eşlerinin görüşlerine katılmasalar bile onlarla tartışmamaları gerektiğine katılan kadınların oranı da % 40'tır. Kadınların % 15'i "erkekler kadınlardan daha akıllıdır" ifadesine katılmaktadır. Yaklaşık on kadından yedisi "kadınlar eşlerinden izin almadan dışarıya çıkabilir" ifadesine karşı çıkmaktadır. Kadınların dörtte biri eşi tarafından fiziksel şiddete maruz kalınmasına ilişkin en az bir nedeni doğru bulmaktadır. Bu kadınların oranı TNSA-2003'te % 39 iken, TNSA-2008'de % 25'e düşmüştür. Kadınların parayı gereksiz yere harcaması ve çocukların bakımını ihmal etmesi fiziksel şiddet için en çok kabul edilen nedenlerdir. Eğitim düzeyi daha yüksek olan, kentte yaşayan veya refah düzeyi daha yüksek hanelerde yaşayan kadınların fiziksel şiddeti doğru bulma oranı daha düşüktür.
- Günümüzdeki doğurganlık düzeyine göre, Türkiye'de bir kadın doğurganlık çağının sonuna geldiğinde ortalama 2.16 doğum yapmaktadır. Günümüzdeki toplam doğurganlık hızı, 1970'lerde kaydedilen hızdan % 50 daha düşüktür. Türkiye'de doğurganlık 20-29 yaş grubunda yığılma göstermektedir. Ortalama bir kadın 25 yaşında bir çocuğa, 30 yaşında ise iki çocuğa sahip olmaktadır. Doğurganlık düzeyi 30 yaşından sonra hızla azalmakta, 40'lı yaşlarda da ihmal edilebilecek bir düzeye inmektedir.
- Doğurganlık hızlarında belirgin bölgesel farklılıklar bulunmaktadır. Doğurganlık hızı, Doğu bölgesinde en yüksek (kadın başına 3.3 çocuk) ve Batı bölgesinde en düşük (kadın başına 1.7 çocuk) düzeydedir. Kırsal alanlarda yaşayan kadınlar, kentsel alanlarda

yaşayan kadınlardan daha fazla çocuğa sahip olmaktadırlar (kırsal alanlarda kadın başına 2.7, kentsel alanlarda kadın başına 2.0 çocuk).

- Eğitim, doğurganlık düzeyi üzerinde önemli bir etkiye sahiptir; eğitimi olmayan kadınların, ilkokul mezunu olan kadınlara göre 0.4 fazla çocuğa sahibi oldukları, en az lise mezunu olan kadınlara göre de 1.1 fazla çocuğa sahip oldukları görülmektedir.
- Evlenme yaşının yükselmesi, doğurganlığın düşüşüne katkıda bulunan faktörlerden birisidir. Türkiye'de evlilik çok yaygındır ve kadınların büyük bir çoğunluğu doğurganlık dönemini evlilik içinde tamamlamaktadır. Evlenmemiş kadınların çoğunluğu 25 yaşından küçüktür. Kadınların neredeyse % 90'ı otuzlu yaşların başına ulaştığında evli veya en az bir kez evlenmiş olmaktadır. Kadınların yalnızca % 1 'inden azı hiç evlenmemiştir. 15-19 yaş grubundaki kadınların % 1'inden azı 15 yaşından önce evlenmiştir.
- Türkiye'de hem modern hem de geleneksel aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi sahibi olunması çok yaygındır. Araştırmada görüşülen kadınların neredeyse tümü en az bir yöntem hakkında bilgi sahibidirler. Hap ve RİA (rahim içi araç) % 98 ile en yaygın olarak bilinen yöntemler iken, kadın kondomu (% 17) ve acil korunma hapi (% 29) en az bilinen yöntemlerdir.
- Araştırma tarihinde Türkiye'de evli kadınların % 46'sı modern, % 27'si de geleneksel yöntem olmak üzere, % 73'ü gebeliği önleyici bir yöntem kullanmaktadır. Evli kadınlar arasında en yaygın olarak kullanılan yöntem % 26 ile geri çekme yöntemidir. Her beş evli kadından biri RİA'yı kullanırken, bunu % 14 ile kondom izlemektedir.
- Son on yıl içinde, gebeliği önleyici yöntem kullanımı düzeyinde, özellikle de modern yöntemler açısından, önemli değişiklikler gerçekleşmiştir. Geleneksel yöntem kullanım düzeyi neredeyse değişmeden aynı kalırken, modern yöntem kullanımı düzeyi TNSA-1998'de % 38'den, TNSA-2008'de % 46'ya yükselmiştir. Bu dönem içindeki artışın önemli bir bölümü tüp ligasyonu (tüplerin cerrahi işlemlerle bağlanması) ve kondom kullanımındaki artışların sonucudur.

- Gebeliği önleyici yöntem kullanımının yerleşim yerine, bölgeye, eğitim düzeyine ve yaşayan çocuk sayısına göre farklılaştığı görülmektedir. Kentlerde yaşayan evli kadınlar arasında gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanımı kırsal alanlarda yaşayan kadınlardan daha yaygındır (sırasıyla % 74 ve % 69). Yöntem kullanımının en düşük olduğu bölge Doğu (% 61), en yüksek olduğu bölgeler ise Batı ve Orta bölgeleridir (% 76).
- Kadınların tüm yaşamları boyunca, % 4'ünün ölü doğum yaptığı, evlenmiş kadınların yaklaşık beşte birinin kendiliğinden düşük ve % 22'sinin de isteyerek düşük yaptığı görülmektedir. İsteyerek düşük yapmış kadınların % 64'ü yalnızca bir kez isteyerek düşük yapmıştır.
- TNSA-2008'den önceki beş yıllık dönem içinde, evlenmiş kadınların gebeliklerinin beşte birinden biraz fazlası canlı doğum dışında sonuçlanmıştır. Canlı doğum dışında sonuçlanan gebeliklerin çoğunluğunu isteyerek yapılan ve kendiliğinden olan düşükler oluşturmaktadır. Her 100 gebelikten sadece biri ölü doğumla sonuçlanırken, 10'u isteyerek düşük olmak üzere toplam 21 'i düşükle sonlanmıştır.
- Toplam düşük hızı (TDH), yaşa özel düşük hızlarından elde edilen kullanışlı bir özet indekstir. Toplam Düşük Hızı bir kadının günümüzdeki yaşa özel düşük hızlarına uyduğu takdirde yaşamı boyunca yapacağı toplam düşük sayısını göstermektedir. TNSA–2008 öncesindeki beş yıllık dönem için toplam düşük hızı 0.3 olarak bulunmuştur. Yaşa özel düşük hızları 35–39 yaşlarında en yüksek düzeye ulaşmakta, bu yaştan sonra ise düşmektedir. Hızlar 15–19 yaş grubu dışında diğer bütün yaş grupları için kentsel alanda kırsal alandan daha yüksektir.
- Halen evli kadınların % 67'si ileride başka bir çocuk sahibi olmak istemediklerini veya tüplerini bağlatmış olduklarını söylemiştir. Kadınların % 14'ü ise en az iki sene sonra (başka) çocuk sahibi olmak istediklerini belirtmişlerdir. Çocuk sahibi olmayı sonlandırma isteği, yaşayan iki çocuk sahibi olduğunda ortaya çıkmakta ve daha fazla çocuğa sahip kadınlar arasında da yüksek düzeyde devam etmektedir.

Genel olarak bakıldığında, çocuk sahibi olmayı sonlandırmak isteyen kadınların oranı, kentsel ve kırsal alanlarında yaşayan kadınlar için yakın düzeydedir. Çocuk sahibi olmayı sonlandırmak isteyen kadınlar, Kuzey bölgesinde yaşayanlar arasında (% 70), Doğu bölgesinde yaşayanlara göre (% 65) daha fazladır.

- Kadınların yaklaşık olarak yarısı ideal çocuk sayısını iki olarak beyan ederken, % 19'u dört ve daha fazla sayıda çocuğu ideal olarak görmektedir. Son dört Nüfus ve Sağlık Araştırması'nda halen evli kadınlar arasındaki ortalama ideal çocuk sayısı 2,5 olarak hemen hemen aynı kalmıştır.
- Aile planlamasındaki hizmet-talep açığı, artan yaş ile birlikte azalan bir eğilim göstermektedir. Doğumların arasının açılmak istenmesinden kaynaklanan hizmet-talep açığı genç yaş grubundaki kadınlar arasında daha yüksek iken, doğurganlığın sonlandırılmasını amaçlayan hizmet-talep açığı daha çok ileri yaş grubundaki kadınlarda yoğunlaşmıştır. Hizmet-talep açığı, 15-29 yaşındaki kadınlar arasında ve kırsal alanlarda yaşayan kadınlarda daha yüksektir. Hizmet-talep açığı, Batı'da yaşayan kadınların % 4'ünden Doğu'daki kadınların % 14'üne kadar bölgelere göre değişiklik göstermektedir. Eğitimli kadınların, eğitimsiz kadınlara göre gebeliği önleyici yöntemleri kullanma eğiliminin daha yüksek olması nedeniyle, artan eğitim düzeyi ile birlikte hizmet-talep açığı düşmekte ve karşılanan talep %si yükselmektedir.
- TNSA-2008 öncesindeki beş yıllık dönem içindeki bebek ölüm hızına göre, 1000 canlı doğmuş bebekten 17'si bir yaşından önce ölmektedir. Her dört bebek ölümünden üçü doğumdan sonraki ilk dört hafta içinde meydana gelmiştir. Çocuk ölüm hızı aynı dönem için yaklaşık olarak binde 6 olarak hesaplanmıştır. Sonuçlar beş yaşından önce ölme olasılığının da binde 24 olduğunu göstermektedir. Araştırma tarihinden önceki 5 yıllık dönem için tespit edilen beş yaş altı ölüm hızı, araştırma tarihinden önceki 10–14 yıl için tespit edilen beş yaş altı ölüm hızından % 41 daha düşüktür. Beş yaş altı ölümlerinin % 71'i bir yaşından önce gerçekleşmektedir.

- Kırsal yerleşim yerlerindeki bebek ölüm hızı kentsel yerleşim yerlerinden % 50 daha yüksektir. Bebek ve beş yaş altı çocuk ölüm hızları Güney ve Doğu bölgelerinde ülke ortalaması üzerindedir.
- Çocuğun hayatta kalma olasılığı, annesinin eğitim düzeyi ile yakından ilişkilidir. Anneleri eğitimsiz veya ilköğretimi tamamlamış olan çocuklar arasındaki bebek ölüm hızı, anneleri lise mezunu veya daha yüksek eğitilmiş olan çocuklardan 3 kat daha fazladır.
- Annenin doğurganlık davranışı örüntüsü ile çocuğunun hayatta kalma şansı arasında güçlü bir ilişki vardır. Araştırma tarihinden önceki 5 yıllık dönem içinde doğmuş çocukların neredeyse üçte biri yüksek ölümlülük riskiyle doğmuştur. İleri sıradaki doğumlar ve kısa doğum aralıkları ölümlülük riskini yükselten temel faktörlerdir. Daha önceden en az 3 doğumun olması ve doğum sırasında annenin 34 yaş üzerinde olması, bebeklerin ölme olasılığını oldukça yükseltmektedir.
- Aşılama oranlarında, yaşanan bölgeye, yerleşim yerine ve annenin eğitim düzeyine göre önemli farklılıklar bulunmaktadır. Tam aşılanmış çocukların %si Doğu Anadolu bölgesinde belirgin derecede daha düşüktür (% 64). Bu bölgeyi Kuzey ve Güney bölgeleri (sırasıyla % 84 ve % 82) izlemektedir. Aşılama devam etmemesi oranının yüksek olması nedeniyle kırsal yerleşimlerde üçüncü doz DBT aşılama oranı % 82'ye düşmektedir. Anneleri en az lise eğitimi görmüş çocuklar arasında tam aşılanmış çocukların %si, anneleri hiç eğitim görmemiş çocuklar arasında tam aşılanmış çocuklardan 1.4 kat daha fazladır.
- Türkiye'de sağlık hizmetinden yararlanma yaygındır; annelerin % 92'si araştırma tarihinden önceki son beş yıl içinde bir sağlık personelinin doğum öncesi bakım almıştır. Annelerin onda dokuzundan fazlası doğum öncesi bakımı doktordan almıştır. Doğum öncesi bakım almayan annelerin oranı TNSA-2003'deki rakamlar temel alındığında % 58 azalmış olmakla birlikte, TNSA-2008'de annelerin yaklaşık onda biri doğum öncesi herhangi bir bakım almamıştır.
- Doğum öncesi hiçbir bakım almamış kadınların oranı kentsel yerleşim yerlerinde % 5 iken, kırsal yerleşimlerde bu oran üç katına çıkmaktadır. Genç yaşlarda olan ve eğitim en az lise veya üzeri olan

annelerin doğum öncesi bakım alma olasılığı daha fazladır. Annelerin ilk üç çocuklarına gebelikleri sırasında doğum öncesi bakım alma olasılıkları da daha yüksektir.

- Doğum sonrası bakım hem anne hem de çocuk için çok önemlidir. Kadınların % 82'si doğum sonrası bakım almıştır, bu kadınların neredeyse tümü bir doktordan bakım almıştır. Her beş kadından dördünün ilk doğum sonrası kontrolü, doğumu takip eden ilk iki gün içinde yapılmıştır. Doğum sonrası bakım alma ve zamanlaması bölgelere göre farklılık göstermektedir; ilk 41 gün içinde bakım alma oranı Ege'deki kadınlar için en yüksektir (% 92), Ortadoğu Anadolu'daki kadınlar için ise sadece % 55'tir. İlk doğum sonrası kontrolün zamanlamasına ilişkin olarak, ilk 4 saatte kontrol edilme oranı Ortadoğu Anadolu'da % 35'ten, İstanbul'da % 75 e kadar farklılaşmaktadır.
- Küçük çocukların beslenme durumu, hane halkı, toplum ve ulusal düzeyde kalkınma hızını belirten kapsamlı bir göstergedir. Beş yaşın altındaki her 10 çocuktan biri bodur (yaşına göre kısa) ve bu çocukların üçte biri de ciddi şekilde bodurdur. Zayıflık (boya göre ağırlığın düşük olması) önemli bir sorun değildir; çocukların % 1'den daha azının zayıf olduğu saptanmıştır. Çocukların sadece % 3'ü düşük kiloludur (yaşa-göre-ağırlık).
- Bodurluk, kırsal yerleşim yerlerinde ve Doğu'da yaşayan çocuklar ile anneleri eğitimsiz çocuklar arasında daha yaygındır. Boyun yaşa göre kısalığı, doğum sırası yüksek olan ve 24 aydan daha kısa bir aralıktan sonra doğan çocuklar arasında da sıklıkla görülmektedir.
- Türkiye'de emzirme çok yaygındır; çocukların tamamına yakını (% 97) belirli sürelerle emzirilmişlerdir. Buna karşın, araştırma, anne sütü ile beslenmeye başlamanın oldukça geç olduğunu göstermektedir; emzirilen çocukların % 40'ı doğumdan sonraki bir saat içinde emzirilmeye başlanmıştır. Doğumun ilk günü içinde emzirilmeye başlanan çocukların oranı % 73'tür.
- Türkiye'de çocuklar oldukça uzun bir süre emzirilmelerine karşın, ek gıdaya çok erken yaşlarda başlanmaktadır. Hayatın ilk ayında

bebeklerin % 69'u sadece anne sütü ile beslenmektedir. Ancak, çocukların % 30'u doğumdan sonraki iki ay içerisinde diğer ek gıdaları almışlardır. Bebekler 2-3 aylık olduğunda, yalnız % 42'si sadece anne sütü ile beslenmektedir, iki-üç aylık çocuklarda ek gıda alanların %si artarak % 56'ya çıkmaktadır.

- Annelerin % 2'si 145 santimetreden daha kısa ve % 10'u 150 santimetreden daha kısadır. Annelerin ortalama ağırlığı 66 kilogramdır. Annelerin yaklaşık üçte birinin ağırlığı 70 kilogramın üstündedir. Beş annenin üçü fazla kilolu grubundadır ayrıca, obezite (şişmanlık) anneler arasında bir sorundur; annelerin % 24'ü obezdir.

Turan, "2001-2002 Öğretim Yılında Mamak Halk Eğitim Merkezi'ne Devam Eden Kadın Kursiyerlere Yönelik Kadın Sağlığı Konusunda Program Geliştirme" adlı çalışmasında, Mamak Halk Eğitim Merkezi'ne devam eden kadın kursiyerlerin kadın sağlığı ile ilgili eğitim ihtiyaçlarını belirlemiş ve bu konuyla ilgili bir program geliştirmiştir. Müdahale niteliğinde olan eğitim programının değerlendirilmesi bölümünde, hazırlanan eğitim programı Mamak Halk Eğitim Merkezi'ne bağlı iki çevre kursunda, 3 grupta toplam 51 kişiye uygulanmıştır. Araştırma bulguları aşağıda özetlenmiştir (Turan, 2002):

- Kadın kursiyerlerin %79,3'ü kadın sağlığı ile ilgili bir kursa katılmak istediklerini belirtmişlerdir. Bu kursta yer alması istenen konulara ise en fazla kadın hastalıkları, daha sonra menopoz, adet dönemi, gebelik, meme kanseri, aile planlaması, doğum, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar yanıtı verilmiştir.
- Kadın kursiyerlerin devam ettikleri kurslara göre kadın sağlığı bilgi puanları arasında önemli farklılık saptanmıştır. Kadın kursiyerlerin, kadın sağlığı puan ortalaması devam ettikleri kurslara göre 50 puan üzerinden 15,25 ile 28,61 arasında değişmektedir.
- Kuaförlük kursuna devam eden kadın kursiyerlerin puanları diğer kurslara devam eden kursiyerlerden daha düşük, anne-çocuk eğitimine devam eden kadın kursiyerlerin puan ortalaması ise yüksektir.

- Anne-çocuk eğitimi dışında kurslara devam eden kadın kursiyerlerin toplam kadın sağlığı bilgi puanı ortalaması 50 üzerinden $22,73 \pm 0,51$ 'dir. Testin alt bölümlerinde, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve HIV/AIDS, menopoz sonrası ve yaşlılık dönemi, beslenme ve fizik egzersiz bölümlerinde alınabilecek tam puan üzerinden orta değere yakın, diğer bölümlerde ise alınabilecek tam puanın yarısından düşüktür. Anne-çocuk eğitimine devam eden kadın kursiyerlerin puan ortalamaları ise diğer kurslara devam edenlerden yüksek olsa da en yüksek olduğu bölümde bile alınabilecek puanının %63'ünü geçmemektedir.
- Kadın kursiyerlerin yaş gruplarına göre toplam kadın sağlığı puanları ve tüm alt bölüm puanları arasında istatistiksel olarak önemli farklılık vardır. Toplam kadın sağlığı puanında 25-34 yaş grubundaki kadın kursiyerlerin puan ortalaması diğer yaş gruplarından daha yüksektir. Medeni duruma göre ergenlik dönemi, gebelik, doğum ve lohusalık, kadına yönelik şiddet, beslenme ve fizik egzersiz, tütün, alkol ve uyuşturucu maddeler bölümleri puan ortalamaları arasında istatistiksel yönden önemli farklılık bulunmamıştır, diğer alt bölümlerde ve toplam puanda ise evli kadınların puan ortalaması daha yüksektir.
- Kadın kursiyerlerin öğrenim durumlarına göre kadın sağlığı tanımlar ve üreme organları, aile planlaması ve kadına yönelik şiddet bölümü puanlarında istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmamıştır. Diğer bölümlerde ve toplam puanda yüksek okul/üniversite ve lise mezunu olan kadın kursiyerlerin puan ortalaması daha yüksektir.

Bilir'in (2004), "Kentleşme Sürecinde Yetişkinlerin Eğitim Gereksinimi" konulu araştırmasında yetişkinlerin eğitim gereksinimlerini belirlemek için görüşmeli anket formu ile yüz-yüze görüşme tekniği kullanılmıştır. Araştırma, 248 kadın, 177 erkek toplam 425 yetişkin üzerinde yapılmıştır. Araştırmada yetişkinlerin eğitim gereksinimlerini belirlemek için görüşmeli anket formu (51 madde) kullanılmıştır. Çalışmada yetişkinlerin, geçimlerini sağlayacak beceri kurslarının yanı sıra, ana-çocuk sağlığı, beslenme ve ev ekonomisi konularında da kurs açılmasını istedikleri sonucuna ulaşılmıştır (Bilir, 2004).

Güler'in (1987), lohusalıkta anneye verilen sağlık eğitiminin annenin doğum sonrası döneme ilişkin bilgi düzeyine etkisini incelediği çalışması, doğum yapmış lohusalardan (30 deney ve 30 kontrol) deney grubuna doğum sonrası bakım konusunda planlı bir sağlık eğitimi yapılarak doğum sonrası bakıma ilişkin bilgi düzeylerini saptamak amacıyla yapılmıştır. Lohusaların doğum sonrası bakıma ilişkin yetersiz bilgi sahibi oldukları varsayılarak bir eğitim programı geliştirilmiştir. Programda lohusaların beslenme, dinlenme ve uyku, banyo ve perine bakımı, göğüslerin bakımı, loşanın değerlendirilmesi, pet değişimi, doğum sonrası erken hareket, boşaltım ihtiyacının karşılanması ve temizliği, doğum sonrası egzersizler, cinsel ilişki, lohusalıkta ateş, giyim ve aile planlamasına ilişkin bilgiler kazanma eğitim hedefleri olarak saptanmıştır. Araştırma sonucunda, annelerin doğum sonrası döneme ilişkin bilgilerinin yetersiz olduğu saptanmış ve planlı bir eğitim uygulandığında genel bilgi ortalamalarında önemli bir artış sağlandığı görülmüştür (Güler, 1987).

Ersin'in (2008) "Gençlere Verilen Üreme Sağlığı Eğitiminin Üreme Sağlığı Bilgi ve Davranışlarına Etkisi" konulu yarı deneysel olarak planlanan araştırması, gönüllü olarak katılan 15-24 yaş grubu 700 genç ile yürütülmüştür. Çalışmada; bireylerin sosyo-demografik özellikleri, üreme sağlığı bilgi ve davranışlarını içeren anket formu kullanılmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkeni, gençlerin üreme sağlığı bilgi puan ortalamaları, kızların kendi kendine meme muayenesi yapma durumları, erkeklerin testis muayenesi yapma durumları, erkeklerin kondom kullanma durumlarıdır. Bağımsız değişkeni ise üreme sağlığı eğitimidir. Araştırma bulguları aşağıda özetlenmiştir:

- Gençlerin üreme sağlığı bilgi ve davranışları konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları saptanmıştır. Üreme sağlığı eğitimi kullanılarak yapılan müdahale sonucunda gençlerin toplam bilgi düzeylerinde bir artış gözlenmiş ve üreme sağlıkları ile ilgili konularda da olumlu yönde davranış değişikliği meydana gelmiştir.
- Gençlerin yaş ortalaması 18,80 (\pm 2,82) olup, %51,0'ı ortaokul mezunudur. Eğitim öncesi toplam bilgi puanı ortalaması 6.48'den, eğitim sonrası 15.80'e yükselmiştir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

- Üreme sağlığı eğitimi almadan önce kendi kendine meme muayenesini düzenli yapma durumu %22.9 iken, eğitim sonrası kendi kendine meme muayenesini düzenli yapma durumu %71.2'ye yükselmiştir
- Gençlerin eğitim öncesi kendi kendine testis muayenesini düzenli yapma durumu %14.7 iken, eğitim sonrası kendi kendine testis muayenesini düzenli yapma durumunun %29.4'e yükseldiği saptanmıştır.
- Kondom kullanma durumları ise üreme sağlığı eğitimi öncesi %12.2 iken, eğitim sonrası kondom kullanma durumu %18.3'e yükselmiştir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Ersin, 2008).

Ege ve Eryılmaz'ın (2006), kadınlara verilen planlı eğitimin kadınların genital hijyen davranışlarına etkisinin değerlendirilmesine yönelik çalışmaları, ön-test, son-test kontrol gruplu yarı deneysel olarak yapılmıştır. Çalışma, Malatya İli Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezinde (AÇSAP) yürütülmüştür. Veriler 1 Nisan-30 Haziran 2003 tarihleri arasında kişisel bilgi formu ve araştırmacılar tarafından geliştirilen Genital Hijyen Davranışları Envanteri ile toplanmıştır. Araştırmanın evrenini AÇSAP Merkezine genital enfeksiyon şikayeti ile başvuran 15-49 yaş grubu evli ve okur-yazar olan kadınlar oluşturmuştur. Genital enfeksiyon tanısı alan ve olasılıksız örneklem yöntemi ile seçilen 50 kadın deney, 50 kadın ise kontrol grubuna alınmıştır. Araştırma bulguları ise şöyledir:

- Deney grubunun ön-test Genital Hijyen Davranışları Envanteri puan ortalaması 73.5 ± 12.2 , son-test puan ortalaması 91.2 ± 8.0 bulunmuştur.
- Deney grubunun ön-test ve son-test puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Kontrol grubunun ön-test Genital Hijyen Davranışları Envanteri puan ortalaması 73.3 ± 11.9 , son-test puan ortalaması 73.7 ± 11.0 olup aradaki fark anlamsız bulunmuştur.
- Çalışma sonucunda kadınlara verilen planlı genital hijyen davranışları eğitiminin genital hijyen davranışlarını olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir.

Çiftçioğlu'nun (2009) çalışması, 35–49 yaş arası kadınların ve eşlerinin aile planlamasına yönelik tutumlarının ölçülmesi ve bu konuda verilen eğitimin etkisinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, Mardin ili Kızıltepe ilçe merkezinde bulunan üç sağlık ocağından Aile planlaması tutum ölçeği madde sayısı dikkate alınarak belirlenen 170 kadın ve eşleri olmak üzere toplam 340 kişi oluşturmaktadır. Araştırma bulguları aşağıda verilmiştir:

- Kadınların eğitim öncesi tutum ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları $96,48 \pm 17,13$ iken eğitim sonrası $109,96 \pm 17,03$ 'e yükselmiştir.
- Erkeklerin eğitim öncesi tutum ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları $118,65 \pm 14,51$ iken eğitim sonrasında $123,06 \pm 15,98$ olmuştur.
- Kadınların ve eşlerin eğitim öncesi ve eğitim sonrasında tutum ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Duran'ın (2008) çalışması, kadınlara kendi kendine meme muayenesi ile ilgili verilen planlı eğitimin ve kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerinin, sağlık inançlarına ve algılanan sağlık durumlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma grubunu, Sivas Yarı Açık Kadın Cezaevi'nde bulunan kadınlar (31), Halk Eğitim Merkezi ve Akşam Sanat Okulu'ndan seçilen kursiyer kadınlar (36) ve Emek Sağlık Ocağı Bölgesi'ndeki Kur'an kursuna devam eden kadınlar (41) olmak üzere, toplam 108 kadın oluşturmaktadır. Araştırmada, kontrol grubu kullanılmamış, kadınların eğitim verilmeden önceki değerlendirmeleri, eğitim sonrası değerlendirmelerinin kontrolü olarak alınmıştır. Araştırma bulguları aşağıda verilmiştir:

- Eğitim faaliyeti sonrasında, Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt boyutlarından olan duyarlılık, ciddiyet, yarar, güven ve sağlık motivasyonu algılarında olumlu yönde anlamlı bir artış olduğu saptanmıştır.
- Eğitim girişimi sonunda, ölçeğin alt boyutlarından olan engel algısının olumlu yönde değişerek, önemli ölçüde azaldığı belirlenmiştir.

- Kadınların sağlık durumlarının günlük yaşam aktivitelerine olumsuz etkileri bakımından da, eğitim girişimi sonrasında sosyal yaşam, ev yaşamı, ilgi ve hobiler ile tatillerin sağlık durumundan olumsuz etkilenimlerinin önemli ölçüde azaldığı belirlenmiştir (Duran, 2008).

Elik'in (2006) 20-60 yaş grubu, 42 deney ve 48 kontrol olmak üzere toplam 90 ev hanımı ile gerçekleştirdiği sağlık inanç modeli doğrultusunda verilen eğitimin kadınların kendi kendine meme muayenesi uygulamaları üzerine etkisini belirlemeye çalıştığı araştırmasında, yarı deneysel tasarımlardan benzer gruplarda ön-test/son-test düzeni kullanılmıştır. Çalışma 1 Eylül 2004-13 Mayıs 2005 tarihleri arasında Kocaeli ili Santral Sağlık Ocağı bölgesine bağlı Karabaş Mahallesi' nde ikamet eden 20-60 yaş grubu, 42 deney ve 48 kontrol olmak üzere toplam 90 ev hanımı üzerinde gerçekleştirilmiştir. Deney grubundaki katılımcılara Sağlık İnanç Modeli doğrultusunda yapılandırılmış eğitim ile kendi kendine meme muayenesi ve meme kanseri konusunda eğitim verilmiştir. Araştırma bulguları aşağıda özetlenmiştir:

- Kadınlara verilen eğitimle deney grubunda kontrol grubuna göre, kendi kendine meme muayenesi ve meme kanserine ilişkin bilgi konusunda bir artış olduğu tespit edilmiştir.
- Eğitimde demonstrasyon yöntemi ve içinde kitleler bulunan meme maketi kullanılmıştır. Ardından Türkiye Meme Vakfı' ndan temin edilen kendi kendine meme muayenesi broşürü verilmiştir. Kontrol grubuna ise herhangi bir girişim uygulanmamıştır. Verilen eğitimle deney grubunda kontrol grubuna göre, kendi kendine meme muayenesi ve meme kanserine ilişkin bilgi konusunda bir artış olduğu, deney grubunda kendi kendine meme muayenesi basamaklarını doğru uygulayanların oranında anlamlı bir artış tespit edilmiştir.
- Yapılan eğitim sonrasında sağlık inançları boyutlarından sağlık motivasyonu ve kendi kendine meme muayenesi yararları dışındaki boyutlarda iki grup arasında anlamlı bir fark oluşmuştur.

- Çalışma Sağlık İnanç Modeli doğrultusunda yapılan eğitimin, kendi kendine meme muayenesi bilgi ve uygulamaları ile meme sağlığı ile ilgili inançları arttırdığını göstermektedir.

BÖLÜM III

Yöntem

Araştırmanın bu bölümünde, araştırma modeli, araştırma grubu, verilerin toplanması, veri toplama aracı, verilerin analizi ve eğitim programının geliştirilmesinde ve uygulanmasında ilkeler süreçleri üzerinde durulmuştur.

Araştırmanın Modeli

Araştırma, deneysel ve betimsel yöntemlerin bir arada kullanıldığı karma araştırma desenine göre modellenmiştir.

Bu araştırmada program geliştirmede Kowalski'nin Doğrusal Planlama Modeli benimsenmiştir. Doğrusal Planlama Modeli'ne göre program geliştirme basamaklarının ilki olan eğitim ihtiyacının belirlenmesi bölümünde, Kütahya İli Köprüören Köyü'ndeki kadın kursiyerlerin halk sağlığı ile ilgili bilgi düzeylerini belirlemeye yönelik yapılan araştırma kesitsel (cross-sectional) tipte bir araştırmadır.

Araştırmanın bu bölümünden elde edilen bilgilerin ışığında geliştirilen eğitim programının değerlendirilmesi bölümü ise müdahale (intervention studies) tipinde bir araştırmadır.

Araştırma Grubu

Araştırma, "Halk Sağlığı" konulu bir programın geliştirme çalışmasının Kütahya İli Köprüören Köyü'nde yaşayan kadınların sağlık davranışlarına olan etkilerinin belirlenmesine dönüktür.

Araştırma grubunu, Kütahya İli Köprüören Köyü Halk Eğitimi Merkezi'ne bağlı kurslara devam eden, 15 yaşından büyük, okuma-yazma bilen 23 kadın kursiyer oluşturmaktadır.

23.02.2010 tarihinde odak grup görüşmesi yapılan ve eğitime katılmak isteyen 26 kursiyerden 3'ü sağlık sorunları, şehir dışında olma ve evlenip başka bir şehirde yaşamaya başlama nedenlerinden dolayı eğitim programına katılamamıştır.

Verilerin Toplanması

Araştırmada farklı amaç sorularına yönelik olarak farklı veri toplama tekniklerinden yararlanılmıştır:

1. Araştırmanın birinci amaç sorusuna yönelik olarak sağlık göstergeleri bağlamında kırsal bölgelerde yaşayan kadınların sağlık eğitimi ihtiyaçlarının belirlenmesi için TNSA'nın sonuçları analiz edilmiştir.
2. Araştırmanın ikinci amaç sorusuna yönelik olarak çalışma grubu üzerinde bir odak grup görüşmesi gerçekleştirilmiştir. Aşağıda kısaca odak grup görüşmesi ile ilgili bilgiler verilmiştir;

Odak grup görüşmesi, Millward tarafından (1995), nitel verinin özel bir tipini üreten, tartışma tabanlı görüşme olarak tanımlanır. Odak grupta, diğer yöntemlerden farklı olarak, grup görüşme stratejisinde, verinin üretilmesi için çoklu yanıt veren katılımcılarla eş zamanlı olarak görüşme yapılması gerekmektedir. Diğer yöntemlerle birlikte veya yalnız kullanıldığında, odak grup görüşmesinin amacı, katılımcıların görüş açılarını kavramak ve bazı konulardaki özel bakış açılarını anlamaktır. Bu açıdan odak grup görüşmeleri, genel olarak grup tartışmaları içinde amacı, kompozisyonu ve izlenen prosedür açısından özel bir yapı göstermektedir. (Kitzinger, 1994).

Odak grup görüşmesi, verilen yanıtların önem derecelerinin belirlenmesine, yanıt verenlerin konuya bakış açılarının anlaşılmasına,

onların düşüncelerini kavramaya imkân sağlar. Katılımcıların görüşlerini anlama, araştırmacılara, araştırmalarını düzenlerken nerelere yoğunlaşmaları gerektiği ve neyin önemli neyin önemsiz olduğu konusunda temel araştırmaya başlamadan önce fikir sahibi olunmasında yardımcı olur (Kitzinger, 1994).

Odak grup görüşmeleri ile amaçlanan, yüzeydeki bilgilerin derinine inebilmek, çalışma ortamında yaşanan sıkıntılara cevap bulabilmektir. Özellikle geliştirme çalışmalarına ihtiyaç duyulan konular çerçevesinde, daha detaylı çalışma yapılarak, bilinç ve bilinç dışı düzeydeki verilere ulaşmak, çalışma açısından büyük önem taşımaktadır. Odak grup görüşmelerinde ayrıca hedeflenen diğer bir konu da, belirlenen bir konu hakkında katılımcıların bakış açılarına, yaşantılarına, deneyimlerine, eğilimlerine, fikirlerine, duygularına, tutum ve alışkanlıklarına dair derinlemesine ve çok boyutlu nitel bilgi edinmektir. Kritik nokta, katılımcıların genel kabul gören görüş yönünde fikir bildirmeleri değil, sadece kendi görüşlerini özgürce ortaya koymalarını sağlayacak ortam oluşturmaktır. Araştırmacının nötr bir davranış sergilemesi, buna büyük oranda katkı sağlayacaktır (Brewerton, Millward, 2001). Uygun ortam sağlandığında, kişilerin kendi görüşlerini başkalarının görüşlerini de dikkate alarak özgürce ifade ettikleri sosyal bir içerik ile yüksek nitelikli veriler elde edilmektedir. Odak grupta kimlerin ve kaç kişinin yer alacağı sorusu araştırmacının konusu ile doğrudan ilişkilidir. Aynı sosyal gruptan, aynı eğitim düzeyinden ve benzer sosyal geçmişten gelen kişiler odak grupta yer alabilmektedir. Bazen de farklı sosyal geçmişten gelen kişiler odak grupta yer alabilmektedir. Çoğunlukla cinsiyet temelli eşleştirme, grup üyelerinin belli konu başlıklarında tartışmalarını kolaylaştırıcı olabilmektedir. (Kümbetoğlu, 2005; Yıldırım ve Şimşek, 2006).

Odak grup görüşmesinin özellikleri beş başlık altında incelenebilir: İşin içine insanı katar, katılımcıların olabildiğince homojen olmasına ve birbirlerini tanımamalarına dikkat edilir; odak grup görüşmeleri bir veri toplama sürecidir; niteliksel verileri kullanılabilir hale getirir; odak gruplar odaklanmış tartışmaya sahiptir (Akşit, 1992).

Odak grup görüşmelerinin olumlu yanları arasında sosyal yönelimli bir araştırma yöntemi olması, formatın moderatöre inceleme sorusu sorma olanağı vermesi, görünüş ve içerik geçerliliğinin yüksek olmasıdır. Odak grup görüşmesinin bireysel görüşmeye göre bir dizi olumlu yanı bulunmaktadır. Bu yöntemle kısa bir sürede daha çok sayıda katılımcıya ulaşmak mümkün olabilmektedir. Bu anlamda araştırmacılara daha fazla kişiyle çalışma fırsatı yaratılmaktadır. Odak grup görüşmeleri doğası gereği etkileşimli süreçlerdir ve dinamizmi ve yaratıcılığı nedeniyle odak grup görüşmeleri yoluyla araştırmanın problemleri hakkında daha derin ve zengin bilgiye ulaşmak mümkün olmaktadır (Kümbetoğlu, 2005; Yıldırım ve Şimşek, 2006).

Odak grup görüşmeleri ile toplanan veriler inceleyici ve aydınlatıcı olmakla beraber, sonuçları bütün bir topluma genellenememektedir. Odak grup görüşmelerinde kontrol bireysel görüşmelere göre daha az olmaktadır. Özel olarak eğitilmiş görüşmecilerle uygulanabilmekte, katılımcıları bir araya getirmek zor olmakta ve rahat bir tartışma ortamı yaratmak güç olabilmektedir (Lyon ve Trost, 1981). Odak grup görüşmeleri diğer yöntemlerden daha fazla süreç yönetimi bilgi ve becerisi gerektirmektedir. Katılımcılar arasında statü ve güç farkı varsa, aynı ortamları paylaşıyorlarsa konu ve sorular hakkında herkes aynı ölçüde katkıda bulunmayacaktır. Ayrıca odak grup görüşmelerinde soru sayısı oldukça az olmakta ve bu da keşfedilecek konu hakkında daha sınırlı bir derinlik ve ayrıntı anlamına gelmektedir. Odak grup görüşmesinin en zayıf yanlarından biri de gruptaki kişilik farklılıklarına çok duyarlı olmasıdır. Burada en büyük görev, süreci yöneten kişiye düşmektedir (Kümbetoğlu, 2005; Yıldırım ve Şimşek, 2006).

Odak grup görüşmesinde sorulacak sorular ilgili kavramsal ve kuramsal çerçeve bağlamında oluşturulmuştur. Odak grup görüşmesinde kullanılan görüşme kılavuzu Ek 4'te sunulmuştur.

Çalışmamızda kullanılan odak grup görüşmesi yöntemini uygulamadan önce, konu ile ilgili kavramsal ve kuramsal çerçeve oluşturulmuştur. Buna göre kimlerle görüşüleceği, neden o kişilerin seçildiği, seçilen kişilerin ortak özelliklerinin neler olması gerektiği, görüşmede hangi

başlıkların olması gerektiği ve hangi soruların hangi sırayla sorulması gerektiği gibi özellikler hakkında detaylı bir plan yapılmıştır.

Odak grup görüşmesinin zamanı ve yeri, katılımcılara toplantı gününden bir hafta önce Halk Eğitimi Merkezi Müdür Yardımcısı tarafından duyurulmuş, konu hakkında kendilerine bilgi verilmiş ve toplantı için katılımcılar Köprüören Köyü Halk Eğitim Merkezi'ne davet edilmişlerdir.

Kütahya İli Halk Eğitimi Merkezi'ne bağlı Köprüören Köyü'nde 15 ve daha büyük yaşta okuma yazma bilen 26 kadın kursiyer ile 23.02.2010 tarihinde odak grup görüşmesi yapılmıştır. Tüm katılımcılar kendi olanaklarıyla belirlenen gün ve saatte toplantıda hazır bulunmuşlardır.

Görüşme soruları açıklama yapmayı ve ayrıntılı konuşmaya yön verecek şekilde açık uçlu sorulardan oluşmuştur. Odak grup görüşmesi uygulanırken tartışmanın merkezinde yer alan kavram ya da konuların genel olarak tartışılmasına yönelik rehberlik yapılmış, grup dinamiklerine dikkat edilmiş, tartışmalarda katılımcıların gerçekleri söylemeleri değil, görüşlerini belirtmelerinin önemi belirtilmiştir.

Toplantı süresince katılımcılara mümkün olduğu kadar müdahalede bulunulmamış ve katılımcıların birbirleriyle karşılıklı etkileşime girmeleri desteklenmiştir. Bir saat süren toplantı boyunca yapılan konuşmalar araştırmacı tarafından not edilmiş ve nihai sonuca ulaşılmıştır.

Görüşme sonrasında; gözlemcinin tuttuğu kısa notlar grubun içinde bulunduğu sosyal ortamın özellikleri de dikkate alınarak yapılmıştır. Daha sonra katılımcıların konu ile ilgili bazı ilginç cümleleri de alınarak çalışma raporlaştırılmıştır.

Görüşmede, kişilerin düşüncelerini ve yaşantılarını açığa çıkarmak amacıyla soru sorma ve özetleme teknikleri kullanılmıştır. Veriler analiz edilerek katılımcıların dile getirdiği değerlendirmeler, kaygılar ve görüşlerin bir sentezi yapılarak, katılımcıların fikirleri, algıları ve tutumlarının iç yüzü

anlaşılmaya çalışılmıştır. Görüşmede katılımcıların, tıpkı gerçek hayatta olduğu gibi, birbirlerini etkiledikleri gözlemlenmiştir. Araştırmacı tarafından açık uçlu sorular sorularak tartışma teşvik edilmiş; kişilerin düşünceleri, gözlemleri ve yaşantıları hakkında ayrıntılı bilgiler vermeleri sağlanmıştır. Görüşmede söylenenlerin tekrarlanarak yanlış anlaşılmalarının önlenmesine, her katılımcının tartışmalarda yer almasına özen gösterilmiştir. Ayrıca araştırmacı, kişisel görüşlerine yer vermemiş, bazı katılımcıların konuşmada istekli olmaması, bazılarının da hiç susmak istemediklerinin gözlemlenmesinden dolayı grupta herkesin görüşüne yer vermeye ve katılımcılar arasında dengeyi sağlamaya çalışmıştır.

3. Araştırmanın üçüncü amaç sorusuna yönelik olarak eğitim ihtiyaçlarına dayalı olarak geliştirilen bilgi testi çalışma grubu üzerinde uygulanmıştır.

4. Araştırmanın dördüncü amaç sorusuna yönelik olarak bilgi testi son test olarak uygulanmıştır. Katılımcılara başlangıçta araştırmacı tarafından hazırlanan ön test soruları eğitim programından bir hafta önce uygulanmıştır. 20 günlük bir eğitim programının tamamlanmasının ardından katılımcılara ön test olarak uygulanan bilgi testleri, 10 gün sonra son test olarak yeniden uygulanmıştır.

5. Eğitim yapılan grupta oluşan dinamiğe ilişkin gözlem, katılımlı gözlem olarak bizzat araştırmacı tarafından yapılmıştır. Davranışlar spontan bir şekilde gözlenebilmiş, gözlemci, gözlenen kişilerin duygu ve düşüncelerini paylaşma olanağı bulmuş, dışarıdan kolayca anlaşılmayan davranışları anlamlandırabilmiş ve bunların nedenlerini daha iyi anlayabilmiştir.

Verilerin Analizi

DeneySEL araştırma modeli ile kadınların eğitim öncesi giriş davranışları ile eğitim sonrası çıkış davranışları öntest-sontest araştırma modeli ile test edilmiştir. Modelin simgesel görünümü aşağıda gösterilmiştir:

G_1	$O_{1.1}$	X	$O_{1.2}$
-------	-----------	-----	-----------

Modelde G_1 , tek grubu; $O_{1.1}$, birinci ölçümü (gözlemi); X , bağımsız değişken düzeyini; $O_{1.2}$, ikinci ölçümü (gözlemi) ifade etmektedir. Modelde $O_{1.2} > O_{1.1}$ olması halinin “ X ” den dolayı olduğu kabul edilir. “Halk Sağlığı” konulu bir program geliştirme çalışmasının kadınların sağlık davranışlarına olan etkileri saptanmaya çalışılmıştır.

Veriler SPSS 14.0 istatistik programı ile değerlendirilmiştir. Verilerin analizlerinde güvenilirlik analizleri, frekans, yüzdeler, ortalama, standart sapma, paired samples t testi kullanılmıştır. Kontrollü ve deneysel çalışmalarda aynı deneklerin farklı durumlarda nasıl davranılması gerektiğinin incelenmesi gibi konularda paired samples t testi kullanılır. Tekrarlı ölçümler ile iki ortalamanın karşılaştırıldığı bu duruma tipik örnek araştırmalarda uygulanan ön test-son test modelidir.

Bu araştırma da ön test-son test modele dayalı deneysel bir çalışmadır. Katılımcılara başlangıçta araştırmacı tarafından hazırlanan ön test soruları eğitim programından bir hafta önce uygulanmıştır. 20 günlük bir eğitim programının tamamlanmasının ardından katılımcılara ön test olarak uygulanan bilgi testleri, 10 gün sonra son test olarak yeniden uygulanmıştır. Bu nedenle bu çalışmada bir grubun bir değişkene ait iki farklı zamandaki ölçümlerine ilişkin ortalamalarının karşılaştırılarak, söz konusu ortalamalar arasındaki farkın belirli bir güven düzeyinde önemli olup olmadığını test etmek için paired samples t testi kullanılmıştır.

Eğitim Programının Geliştirilmesinde ve Uygulanmasında İlkeler

Eğitim programının geliştirilmesinde ve uygulanmasında yetişkin eğitiminin temel felsefesine uygun olarak ilkeler, yöntem ve teknikler ve

değerlendirme yaklaşımları belirlenmiştir ve bu yaklaşımlar çerçevesinde eğitim programı (Ek 5) hazırlanmıştır. Kursiyerlerin belirttiği konuların dışında, merkez yöneticileri ve araştırmacı tarafından kişisel hijyen, meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi konularının da eğitim programına dâhil edilmesine karar verilmiştir. Programın hazırlanmasında ve uygulanmasında göz önünde bulundurulmuş ilkeler ise şunlardır:

1. Program geliştirmede “doğrusal planlama modeli” kullanılmıştır. Eğitim programının geliştirilmesinde planlama aşamaları ardışık bir sıra izlenerek gerçekleştirilmiştir.
2. Program katılımcıların eğitim ihtiyaçlarına dayalı olarak geliştirilmiştir. Öğrenmenin arkasındaki güdüleyici güç, her katılımcının kendi amaçlarını gerçekleştirme arzusudur. Bireylerin istek ve ihtiyaçları, ihmal edilmemesi gereken güçlü ve motive edici bir etken olarak eğitim programlarının düzenlenmesinde göz önünde bulundurulması önemli bir ilkedir. Yetişkinlerin eğitime ilgi duymaları için eğitimin katılımcıların gerçek ihtiyaçlarına dayandırılması gerekir. Bu gerçekten hareketle kadınların sağlık eğitim ihtiyaçları “odak grup görüşmesi” yoluyla, aynı zamanda öğrenmenin değerlendirilmesinde kullanılan bilgi testi yoluyla belirlenmiştir. Bilgi testi yetişkinlerin anlama düzeyine uygun olarak geliştirilmiş ve uygulanması olası olumsuz tepkiler göz önünde bulundurularak yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Belirlenen konulara halk eğitimi merkez yöneticilerinin ve araştırmacının kendi deneyimlerine dayalı olarak kişisel hijyen, meme kanseri ve meme muayenesi konularının da eklenmesi uygun bulunmuştur.
3. Eğitim amaçları öncelikli eğitim ihtiyaçlarına dayalı olarak ve eğitim süresi göz önünde bulundurularak oluşturulmuştur. Katılımcıların en çok gereksinim duydukları, istekli oldukları, çabuk çözüm bekleyen ve kısa sürede sonuçlanacak konular, öncelik sırasına göre planlanmıştır.

4. Eğitim programı yetişkinlerin yaşam deneyimleri üzerine kurulmuş, eğitim öncesinde katılımcıların sağlığa nasıl bir anlam yükledikleri ve onlar için hangi konuların önemli olduğu anlaşılmasına çalışılmış; ardından dersin içeriği ve hedefleri anlatılarak, katılımcılarda “neleri öğrenmeleri gerektiği” konusunda farkındalık geliştirilmiştir.
5. Yaparak ve yaşayarak öğrenmenin yetişkin eğitimindeki önemi göz önünde bulundurularak, öğrenme yaşantısı ile yetişkinlerin yaşam deneyimleri arasında ilişki kurulmuş ve bazı konular anlatılırken katılımcılara maketler üzerinde uygulama olanağı verilerek öğrenmenin bizzat deneyimleyerek gerçekleşmesi sağlanmıştır.
6. Öğrenme sürecinde katılımcılar aktif özneler olarak kabul edilmiş, yaşam deneyimlerinin öğrenme ortamına getirilmesine olanak verilmiş, katılımcı olmaları sağlanmıştır.
7. Konuların öğrenilmesinde tekrara yer vererek kalıcı öğrenmenin gerçekleştirilmesine çalışılmıştır. Konular bitirilmeden önce mutlaka anlamlı bir özetleme yapılarak, katılımcıların soruları cevaplanmıştır.
8. Yetişkin eğitimi programlarında, başarı ve başarısızlığı belirlemede, yetişkinlerin eğitim programlarına katılmalarında, eğitimlere devamlarını sağlamada güdüleme ve harekete geçirme çok önemlidir. Eğitim programı karşılıklı saygı, işbirliği, karşılıklı güven, destekleme açıklık, zevk alma gibi insanca yaklaşımlar üzerine temellendirilmiştir. Bunları gerçekleştirmek için:
 - Katılımcıları rahatlatıcı ve eğitim atmosferini daha çekici hale getiren etkinlikler yapılarak derslere başlanmıştır.
 - Katılımcılara isimleri ile hitap edilmiştir.
 - Hiçbir baskı ve kontrol uygulanmamıştır.
 - Ders süresince uyulacak kurallar birlikte kararlaştırılmıştır.

- Katılımcıların kendilerine olan güvenlerini geliştirmek için olumlu güdüleme ve pekiştireçlere yer verilerek, yetişkinler öğrenebilecekleri ve öğrendiklerini yaşama aktarabilecekleri konusunda ikna edilmeye çalışılmıştır.
- Her bir katılımcıya eşit katılma olanağı sağlanmış ve hiçbir katılımcı öğrenme sürecinde ihmal edilmemiştir.

9. Eğitim programının değerlendirilmesinde öğrenmenin değerlendirilmesi yanında, katılımcıların programa ilişkin tepkilerinin de programın değerlendirilmesinde önemli olduğu düşünülerek program sonucunda yazılı değerlendirmeleri alınmıştır.

10. Eğitimlerde katılımcıların ilgi ve dikkatini artırmak ve öğretimi zenginleştirmek için eğitimler sırasında slayt projektörü, bilgisayar, flip-chart ve broşürler, eğitim maketleri, eğitim CD'leri ve öğrenim rehberleri kullanılmıştır.

11. Araştırmacının, her bir kursun sonunda, eğitim sürecinin yukarıda belirlenen ilkeler doğrultusunda ortaya çıkan sonuçları ile ilgili gözlemleri programın değerlendirilmesi açısından etkili olacağı düşünülerek, yazılı olarak kayıt etmiştir.

BÖLÜM IV

Bulgular ve Yorumlar

Bu bölümde eğitim programına katılanların demografik özellikleri, kırsal kesimde yaşayan kadınların sağlık eğitimi ihtiyaçları, ön test ve son test puanlarının karşılaştırılması, eğitim sürecine ilişkin bulgular yer almaktadır.

1. Eğitim Programına Katılanların Demografik Özellikleri

23.02.2010 tarihinde odak grup görüşmesi yapılan ve eğitime katılmak isteyen 26 kursiyerden 3'ü sağlık sorunları, şehir dışında olma ve evlenip başka bir şehirde yaşamaya başlama nedenlerinden dolayı eğitim programına katılamamıştır.

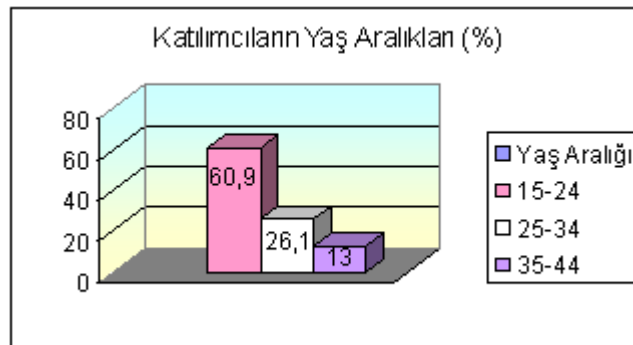
Katılımcıların % 60,9'u 15-24 yaş, % 26,1'i 25-35 yaş, % 13,0'ü ise 35-44 yaş aralığındadır. Kadınların % 52,2'si evli, %43,5'i bekâr, % 4,3'ü ise duldur.

Evli ve dul olanlardan % 21,7'sinin 2 çocuğu, %17,4'ünün 1 çocuğu bulunmaktadır. Katılımcıların öğrenim durumları incelendiğinde yalnızca % 21,7'sinin lise mezunu, % 78,3'ünün ise ilkokul ve ortaokul mezunu olduğu görülmektedir.

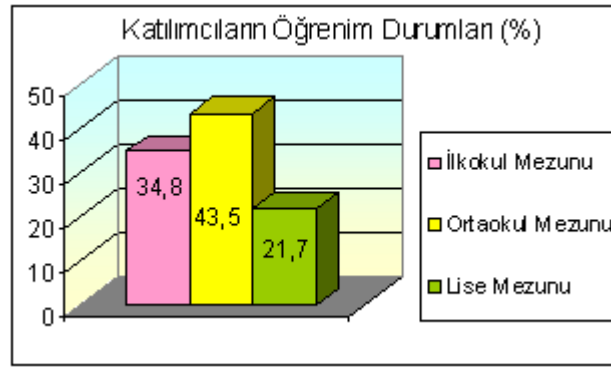
Eğitime katılan 23 kadının demografik özellikleri Çizelge 2'de gösterilmiştir.

Çizelge 2. Araştırmaya Katılanların Demografik Özellikleri

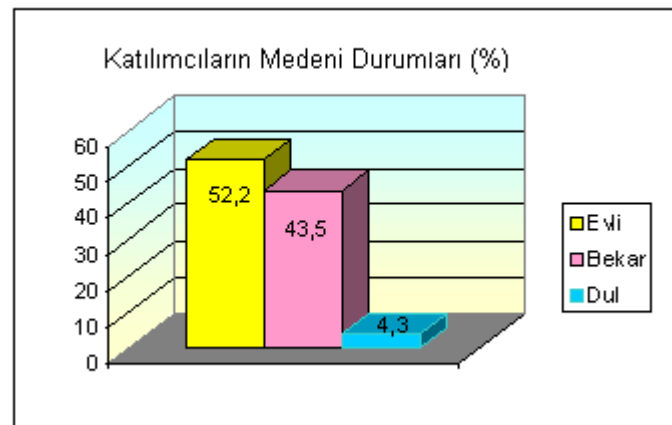
Yaş Aralığı	Sayı	%
15-24	14	60,9
25-34	6	26,1
35-44	3	13,0
Toplam	23	100,0
Medeni Durum		
Bekâr	10	43,5
Evli	12	52,2
Dul	1	4,3
Toplam	23	100,0
Öğrenim Durumu		
İlkokul Mezunu	8	34,8
Ortaokul Mezunu	10	43,5
Lise Mezunu	15	21,7
Toplam	23	100,0
Çocuk Sayısı		
Yok	2	8,7
1	4	17,4
2	5	21,7
3	2	8,7
Bekâr	10	43,5
Toplam	23	100,0



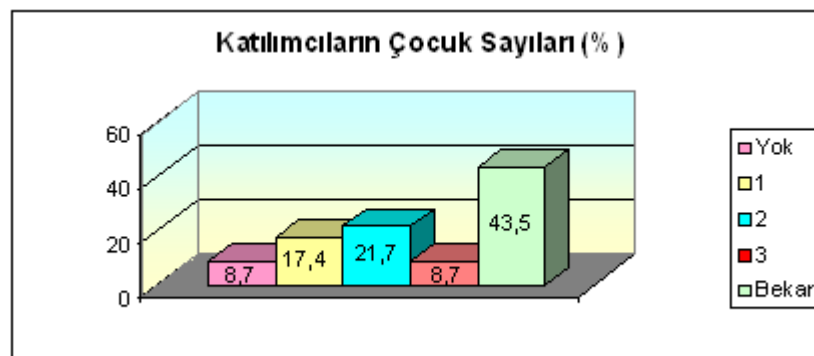
Şekil 5. Katılımcıların Yaşa Göre Dağılımı



Şekil 6. Katılımcıların Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımı



Şekil 7. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı



Şekil 8. Katılımcıların Çocuk Sayılarına Göre Dağılımı

2. Kırsal Kesimde Yaşayan Kadınların Sağlık Eğitim İhtiyaçları

Kırsal kesimde yaşayan kadınların sağlık eğitim ihtiyaçlarını belirlemek için Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nın ortaya koyduğu eğitim ihtiyaçları, odak grup görüşmesinin ortaya koyduğu eğitim ihtiyaçları ve ön test sorularının ortaya koyduğu eğitim ihtiyaçları incelenmiştir.

a) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nın Ortaya Koyduğu Eğitim İhtiyaçları

Mevcut nüfus ve sağlık politikalarının, hizmetlerinin değerlendirilmesine ve yeni politikaların şekillendirilmesine yardımcı olan TNSA-2008'in çalışmamızı destekleyen bazı temel bulguları aşağıda özetlenmektedir:

- Kadınların eşlerinin görüşlerine katılmasalar bile onlarla tartışmalarını gerektiğine katılan kadınların oranının % 40 olması, % 15 katılımcının "erkekler kadınlardan daha akıllıdır" ifadesine katılması, kadınların dörtte birinin eşi tarafından fiziksel şiddete maruz kalınmasına ilişkin en az bir nedeni doğru bulması, kadınların erkek egemenliğini benimsediklerini, kendilerini daima ikinci planda gördüklerini ve bu kadınların aile içi iletişim ve aile içi şiddet konularında eğitime gereksinimleri olduğunu göstermektedir.
- Araştırma tarihinde Türkiye'de evli kadınların % 46'sı modern, % 27'si de geleneksel yöntem olmak üzere, % 73'ü gebeliği önleyici bir yöntem kullanmaktadır. Evli kadınlar arasında en yaygın olarak kullanılan yöntem % 26 ile geri çekme yöntemidir. Modern kontrasepsiyon yöntemlerinin mevcudiyetine rağmen, geleneksel yöntemlerle istenmeyen gebeliklerden korunmak amaçlı kullanımı toplumumuzda önemli bir sorun oluşturmakta ve kadınlarımızın bu yönde eğitim ihtiyaçları olduğunu göstermektedir.
- Gebeliği önleyici yöntem kullanımının yerleşim yerine, bölgeye, eğitim düzeyine ve yaşayan çocuk sayısına göre de farklılaşmaktadır. Kentlerde yaşayan evli kadınlar arasında gebeliği önleyici herhangi bir

yöntem kullanımının kırsal alanlarda yaşayan kadınlardan daha yaygın olması kırsal alanlarda aile planlaması konusunda hizmet sunumu ve danışmanlık hizmetlerinde bazı eksikliklerin olduğunu düşündürmektedir.

- Doğum öncesi ve doğum sonrası bakım hem anne hem de çocuk için çok önemlidir. Hiçbir bakım almamış kadınların oranı kentsel yerleşim yerlerinde % 5 iken, kırsal yerleşimlerde bu oran üç katına çıkmaktadır. Bu bulgu da kırsal alanlarda yaşayan kadınların doğum öncesi ve doğum sonrası bakımın önemi konusunda bilinçlendirilmeleri gerektiğini ortaya koymaktadır.
- Beş yaşın altındaki her 10 çocuktan birinin bodur olması, beş anneden üçünün fazla kilolu ve annelerin % 24'ünün de obez grubunda olması kadınların yeterli ve dengeli beslenme konularında eğitilmeleri gerektiğini göstermektedir.

TNSA (2008) verilerine göre kırsal kesimde yaşayan kadınların gereksinim duyduğu eğitim ihtiyaçları şunlardır;

- Kadın sağlığı
- Aile planlaması yöntemleri
- Aile içi şiddet
- Doğum öncesi ve sonrası bakım
- Yeterli ve dengeli beslenme

b) Odak Grup Görüşmesinin Ortaya Koyduğu Eğitim İhtiyaçları

Eğitime katılmak isteyen 26 kursiyer ile 23.02.2010 tarihinde odak grup görüşmesi yapılmıştır. Tüm katılımcılar kendi olanaklarıyla belirlenen gün ve saatte toplantıda hazır bulunmuşlardır.

Üç bölümden oluşan görüşme kılavuzunun ilk bölümde yaş, eğitim, medeni durum gibi tanımlayıcı sorular ile sağlık, eğitim, kültür etkileşimleri gibi bireylerin sağlık sorunlarını etkileyebileceği düşünülen değişkenlere

yönelik sorulara yer verilmiştir. Aşağıda birinci bölümde yer alan sorulara verilen dikkat çekici yanıtlardan bazıları yer almaktadır;

Katılımcıların “Sağlık, eğitim, kültür arasında nasıl bir etkileşim vardır?” sorusuna verdikleri yanıtlar aşağıda sunulmuştur:

- “Eğitilmiş kişi her şeyin kıymetini bildiği gibi sağlığın kıymetini de bilir. Ne var bizim gibi cahillerde...”
- “Okumuş insan, sağlığı bozulunca ne yapacağını bilir.”
- “Bizim bir yerimiz ağrıyınca nereye gideceğimizi bile bilmiyoruz, doktora derdimizi tam olarak anlatamıyoruz. Kültürlü, okumuş olsaydık böyle olmazdık.”

Katılımcıların “Biyolojik, fiziksel ve sosyal çevremiz sağlığımızı nasıl etkiler?” sorusuna verdikleri yanıtlar aşağıda sunulmuştur:

- “Biz evde 9 kişi kalıyoruz. Birimiz hastalandı mı diğerleri de hemen hastalanır. Arkalarından koşturuyorum, zaten ev de hiç temiz kalmıyo, yaptığım temizlik bile gözükümüyo. Kayın validem mutfak lavobosunda ağzını yıkıyo, bazen altına yapıyo, kayın pederim salonun ortasında tıraş oluyo, artık bıktım evim temiz olmayınca çocuklarım da hemen hasta oluyo...”
- “Köyün işi zordur kızım, seni gün gün yıpratır. İneklerin işi, evin işi, bahçenin işi hiç bitmez. Bizim de sağlık elden gider.”
- “Mesela ben kayınvalidemin yüzünden mutsuzum. Geceleri yatmadan önce doktorun verdiği bir şurup içiyorum.”

Katılımcıların “Kişi ve toplumların sağlık düzeyini hangi etkenler belirler?” sorusuna verdikleri yanıtlar aşağıda sunulmuştur:

- “Paran oldu mu sağlığın da olur, huzurun da. Elimizde bir gelirimiz yok, ev hanımıyız, hastalanırsak doktora götürülen olacak da gidecen kızım. Almanya’daki oğlum buranın sağlık sistemine hayret ediyor, oralarda her şey kıymetli, hayvanlara bile buradaki insanlardan daha çok değer veriliyo...”

- “Bence eğitim ve zenginlik arttıkça, insanlar daha sağlıklı olur. Bizler eğitilmiş, çalışan hanımlar olsaydık hem çocuklarımız hem de kendimiz daha sağlıklı ve bilinçli olurduk. Çocuklarımız tesadüfen büyüdü. Ama inşallah onlar okur da bizim gibi olmazlar.”
- “Can boğazdan gelir, yersen sağlığın da iyi olur. Yani yiyen dikilir, yemeyen yıkılır...”

Birinci bölümde verilen cevaplar incelendiğinde; katılımcıların yalnızca sağlıkla eğitim arasında bir ilişki kurabildikleri; biyolojik, fiziksel ve sosyal çevre ile sağlık arasındaki etkileşimi doğru olarak algılayamadıkları, yalnızca içinde yaşadıkları koşulların onları nasıl etkilediklerini ifade ettikleri, kişi ve toplumların sağlık düzeyini etkileyen faktörleri yalnızca ekonomik durum ve beslenmeyle ilişkilendirdikleri; kişisel hijyen, genetik faktörler, fiziksel, ruhsal, sosyal ve duygusal sağlıkla ilişki kuramadıkları gözlenmiştir.

İkinci bölümde bireylerin genel sağlık sorunları ve bu sorunlara neden olarak gördükleri etkenleri belirleyen sorular ile sağlık-hastalık kavramlarına yönelik inançlarını ortaya çıkarmayı hedefleyen sorular bulunmaktadır. Aşağıda ikinci bölümde yer alan sorulara verilen yanıtlardan tüm yer almaktadır;

Katılımcıların “Sağlık denilince ne anlıyorsunuz?” sorusuna verdikleri yanıtlar aşağıda sunulmuştur:

- “Dinç olma, her işi yapabilmektir. En güzeli moral.”
- “Elin ayağın tutuyorsa sağlıklı olmak budur. Hastalanmamaktır.”
- “Çocuk yapabilmektir, yapamıyorsan iş işten geçmiştir.”
- “Sağlık gençliktedir. Elin, ayağın tuttuğu sürece sağlıklısındır.”
- Sık sık hasta olmamaktır.
- Düzenli yemek yemek, yediklerimize dikkat etmektir.
- “Mutlu olmaktır. Eğer huzurun yok, evde hep kavga varsa sağlık mı kalır insanda...”
- Bir insan sağlıklıysa her şeyi başarabilmesi daha kolaydır. Her açıdan hayatı kolaylaştır.

- Sağlıklı olmak, benim ayakta durmam demektir.
- Sadece bedensel olarak değil, psikolojisi de iyi olmalı. Yani her yönden sağlıklı olunmalı.

Katılımcıların “Şu an yaşamınızdaki bedensel, ruhsal ve sosyal alana ilişkin sağlık sorunları ve yakınmalarınız nelerdir? ” sorusuna verdikleri yanıtlar aşağıda sunulmuştur:

- “Miyomum varmış, doktor ameliyat dedi ama olmayı düşünmüyorum. Çünkü ameliyattan çok korkuyorum.”
- “Şu an için bir sağlık problemim yok ama hastalıklardan korunmak konusunda bilgi sahibi olmak istiyorum.”
- “Hepatit A dediler ama önemsemedim.”
- “Kemik erimesi, aman zaten çoğu kadında var.”
- “Adet düzensizliğim var. Bazen 10 günde bir oluyor, bazen de 2 ayda bir oluyor.”
- “Benim bir rahatsızlığım yok, ama eşim çok sigara içiyor. Kansere olacak diye çok korkuyorum. Hem de evde de içtiği için ben ve çocuklarım da içmiş kadar oluyoruz bu mereti.”
- “Tansiyon, şeker, kemik erimesi, kolesterol ne ararsan var kızım. Aman zaten bu yaştan sonra hepsi olacak, gençleşecek halimiz yok ya...”

Katılımcıların “Bu yakınmaların ve sağlık sorunlarının neden oluştuğunu düşünmektесiniz?” sorusuna verdikleri yanıtlar aşağıda sunulmuştur:

- “Belli bir yaştan sonra vücut da kaldırmıyor, işte hepimizin sonu belli.”
- “Annemin de adetleri düzensiz, belki ona çekmişimdir.”
- “Hastalıkların çoğu irsidir.”
- “Bizim gibi hiç oturmaz, hep iş yaparsan olacağın budur.”

Katılımcıların “Bu yakınma ve sorunlarınız için nasıl bir yardım aramakta/almaktasınız?” sorusuna verdikleri yanıtlar aşağıda sunulmuştur:

- “Sağlık ocağına gideriz, çok gerekmedikçe şehre inmeyiz.”

- “Ot, çöp kaynatırız. Sanki önceden ilaç mı vardı.”
- “Ağrı kesici içeriz, en iyisi de aspirin.”

İkinci bölümde verilen cevaplar incelendiğinde; katılımcıların sağlık kavramını tam olarak tanımlayamadıkları, sağlık denildiğinde daha çok bedensel ve cinsel sağlığı algıladıkları, sağlığın yalnızca gençlikle ilişkili olduğunu düşündükleri, yalnız bir katılımcının sağlığın yalnızca bedensel sağlıkla ilgili olmadığını ifade ettiği gözlenmiştir. Katılımcıların genel sağlık sorunları arasında miyom, Hepatit A, kemik erimesi, adet düzensizlikleri, sigaraya bağlı rahatsızlıklar, tansiyon ve şeker hastalıkları bulunmaktadır. Katılımcılar bu sağlık sorunlarını yaş, sosyal koşullar ve genetik faktörlerle ilişkilendirmekte, beslenme ve fiziksel egzersizle bir bağlantı kuramamaktadırlar. Katılımcıların bir sağlık problemiyle karşılaştıklarında yaptıkları en büyük hatanın kafalarına göre ilaç kullanmaları ve etkisini tam olarak bilmedikleri bitkileri içmeleri olduğu gözlenmiştir.

Son bölümde ise bireylerin halk sağlığına ilişkin sorunları ve nedenleri, eğitim almaya gereksinim duydukları halk sağlığı sorunları, bu sorunların ailevi ve toplumsal yaşama etkilerine yönelik açık uçlu sorular bulunmaktadır. Aşağıda üçüncü bölümde yer alan sorulara verilen dikkat çekici yanıtlardan bazıları yer almaktadır;

Katılımcıların “Halk sağlığı denilince ne anlıyorsunuz?” sorusuna verdikleri yanıtlar aşağıda sunulmuştur:

- “Herkes sağlıklıysa toplum da sağlıklıdır.”
- “Etrafta çöp, pisliğin olmaması...”
- “Kadın sağlığı, çocuk sağlığı olabilir.”

Katılımcıların “Eğitim almaya gereksinim duyduğunuz halk sağlığı sorunları nelerdir?” sorusuna verdikleri yanıtlar aşağıda sunulmuştur:

- “Sen ne anlattıysan dinleriz, güzel kızım.”
- “Adet düzensizliklerinin nedenleri ile ilgili olabilir.”
- “Kadın sağlığı ile ilgili her şeyi dinleriz.”

- “Artık çocuk sahibi olmak istemiyorum, olunca da aldırmaya kıyamıyorum. Üç çocuğum var. En iyi korunma yöntemi hangisi bilmiyorum.”
- “Hap kullanırsam çocuğum olmaz diye bir şey duydum. Koruyucu yöntemlerle ilgili bilgim yok.”
- “Böyle korunma yollarını anlatacaksanız kızımı getirmem. Bu yaştaki kızın böyle şeyleri dinlemesi doğru değil, evlenince öğrenir zaten.”
- Biz evlenince öğrendik mi sanki evlendiğim gün babamın evine kaçmak istedim. Hiç anlatılmadığı için, cahillikten oluyor bunlar, sen anlatamıyorsan bırak da öğretmen hanım anlatsın, bizim gibi olmasın yavrularımız.”
- “Çocuklarım sürekli kavga ediyor, onlara nasıl davranacağımı bilmiyorum.”
- “Eşimle her şeyi konuşamıyorum.”
- “Doktorlar televizyonda durmadan şunu yeyin, bunu için diyorlar. Ne yiyeceğimizi şaşırdık. Beslenmeyle ilgili neler yapmalıyız.”
- “Oğlumu gizlice sigara içerken yakaladım, eşek sudan gelinceye kadar dövdüm ama sonra yine içerken yakaladım. Zaten babası çok sigara içeriyor, günde iki paketi geçiyor, ona bir şey de diyemiyorum, zararlı deyince hep azarlıyor beni, acaba onlara sigarayı nasıl bıraktırabilirim.”

Katılımcıların “Bu sorunların ailevi ve toplumsal yaşamınızı nasıl etkilediğini düşünmektesiniz?” sorusuna verdikleri yanıtlar aşağıda sunulmuştur:

- “Çocuklar kavga edince ben çok mutsuz oluyorum. Neyi paylaşamıyorlar anlamadım gitti.”
- “Adet günlerimde ağrıdan hiçbir iş yapamıyorum, bütün gün yatıyorum.”
- “Her sorun kadınların, her derdi biz çekiyoruz. Daha ne deyim...”
- “Menopoza girdiğimden sürekli terliyorum, sıcak basıyor, evdeki herkese bağıriyorum, sonra da üzülüyorum.”

Son bölümde verilen cevaplar incelendiğinde; katılımcıların halk sağlığı tanımını doğru yapamadıkları, eğitim alamaya gereksinim duydukları konuları ve yaşadıkları sorunları ve bu sorunların kendilerinde yarattıkları etkileri açık bir ifadeyle belirttikleri gözlenmiştir.

Odak grup görüşmesinden elde edilen sonuçlara göre; katılımcıların eğitime ihtiyaç duydukları sağlık eğitimi konuları şunlardır:

- Aile planlaması yöntemleri
- Kadın sağlığı
- Sigaranın zararları
- Ergenlik döneminin özellikleri
- Sağlıklı beslenme
- Aile içi iletişim

c) Ön-Test Sonuçlarının Ortaya Koyduğu Eğitim İhtiyaçları

Odak grup görüşmesi yapılan 26 kursiyerden 3'ü eğitim programına katılmamıştır. 25 sorudan oluşan ön test soruları ise eğitim programına katılan 23 kursiyere bire bir görüşme tekniği ile uygulanmıştır.

Eğitime katılan 23 katılımcının doğru yanıtlayamadıkları ve en az yanıt verdikleri sorular aşağıda verilmiştir:

- Katılımcılardan hiçbiri “Kemik erimesinin belirtileri nelerdir?” ve “Doğum kontrol haplarını kullanmaya karar veren biri, bu hapları ne zaman kullanmaya başlamalıdır?” sorularına doğru yanıt verememişlerdir.
- Katılımcılardan yalnızca ikisi “Sizce sağlıklı olma durumu nasıl bir şeydir?” ve “Aile planlamasından ne anlıyorsunuz?” sorularına doğru yanıt vermişlerdir. “
- Hangisi alkolün sebep olduğu en önemli hastalıktır?” sorusuna doğru yanıt verenlerin sayısı dört kişiyle sınırlı kalmıştır.

- Temel besin gruplarımız nelerdir?” sorusuna beş katılımcı doğru yanıt vermiştir.
- Aile planlaması yöntemlerinden hangisi cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korur?” ve “Tüplerin bağlanması yönteminden sonra tekrar gebe kalınabilir mi?” sorularını doğru yanıtlayanların sayısı ise sadece yedidir.

Katılımcıların en çok doğru yanıt verdikleri sorular ise şunlardır:

- 23 katılımcıdan 22’si “Kemik erimesinden korunmak için aşağıdakilerden hangi besini daha çok almalıyız?” ve “Plastik saklama kaplarında yiyecek saklamak doğru mudur?” sorularına doğru yanıt vermişlerdir.
- 20 katılımcı ise “Emzirme gebeliği en fazla kaç ay engelleyebilir?”, “Aşağıdakilerden hangisi meme kanserinin erken teşhisinde kullanılan yöntemlerden biridir?” ve “Sigaranın sebep olduğu en önemli hastalık aşağıdakilerden hangisidir?” sorularını doğru yanıtlamışlardır.

Katılımcılara uygulanan ön-test sonuçlarına göre, eğitime katılmaya karar veren kadınların gereksinim duyduğu eğitim ihtiyaçları şunlardır;

- Sağlık bilgisi
- Yeterli ve dengeli beslenme
- Sağlığa zararlı alışkanlıklar
- Kadın sağlığı ve aile planlaması

TNSA (2008) verileri, odak grup görüşmesi ve ön-test sonuçlarının ortaya koyduğu eğitim ihtiyaçları; sağlık ve sağlığın temel kavramları, yeterli ve dengeli beslenme, kadın üreme sistemi ve kadın sağlığı, kadın sağlığını etkileyen faktörler, ergenlik döneminin özellikleri, aile planlaması yöntemleri, sağlığa zararlı alışkanlıklar ve aile içi iletişim konularıdır. Katılımcıların belirttikleri konular eğitim programına dahil edilmiş, belirtilen konuların dışında, merkez yöneticileri ve araştırmacı tarafından kişisel hijyen, meme

kanseri ve kendi kendine meme muayenesi konularının da eğitim programına dâhil edilmesine karar verilmiştir.

3. Ön-Test ve Son-Test Puanlarının Karşılaştırılması

Katılımcılara eğitimden bir hafta önce ön test soruları uygulanmış, ardından 20 gün süren bir eğitim verilmiştir. 20 günlük bir eğitim programının tamamlanmasının ardından, 10 gün sonra katılımcılara daha önce uygulanan ön test soruları, son test olarak tekrar uygulanmıştır. Eğitim grubunun bir değişkene ait iki farklı zamandaki ölçümlerine ilişkin ortalamaları karşılaştırılmış, söz konusu ortalamalar arasındaki farkın belirli bir güven düzeyinde önemli olup olmadığı test edilmiş ve sonuçlar Çizelge 3'te gösterilmiştir.

Çizelge 3. Katılımcıların Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Test Sorularına Verdikleri Yanıtlar ve Paired-Samples T Testi Sonuçları

	Ön-Test		Son-Test		Paired-Samples T Testi Sonuçları				
	N	%	N	%	\bar{X}	S	S.d	t	P
Soru 1									
Doğru Yanıtladı	2	8,7	15	65,2					
Yanlış Yanıtladı	10	43,5	5	21,7	,91	,99	22	4,39	,000
Bilmiyor	11	47,8	3	13,0					
Toplam	23	100,0	23	100,0					
Soru 2									
Doğru Yanıtladı	10	43,5	11	47,8					
Yanlış Yanıtladı	12	52,2	12	52,2	,88	,59	22	,69	,492
Bilmiyor	1	4,3	-	-					
Toplam	23	100,0	23	100,0					
Soru 3									
Doğru Yanıtladı	19	82,6	22	95,7					
Yanlış Yanıtladı	3	13,0	1	4,3	,17	,49	22	1,69	,103
Bilmiyor	1	4,3	-	-					
Toplam	23	100,0	23	100,0					
Soru 4									
Doğru Yanıtladı	19	82,6	18	78,3					
Yanlış Yanıtladı	2	8,7	5	21,7	,04	,76	22	,27	,788
Bilmiyor	2	8,7	-	-					
Toplam	23	100,0	23	100,0					
Soru 5									
Doğru Yanıtladı	1	4,3	21	91,3					
Yanlış Yanıtladı	22	95,7	2	8,7	,86	,34	22	12,11	,000
Bilmiyor	-	-	-	-					
Toplam	23	100,0	23	100,0					
Soru 6									
Doğru Yanıtladı	-	-	17	73,9					
Yanlış Yanıtladı	13	56,5	6	26,1	1,17	,65	22	8,65	,000
Bilmiyor	10	43,5	-	-					
Toplam	23	100,0	23	100,0					
Soru 7									
Doğru Yanıtladı	2	8,7	15	65,2					
Yanlış Yanıtladı	15	65,2	7	30,4	,78	,73	22	5,10	,000
Bilmiyor	6	26,1	1	4,3					
Toplam	23	100,0	23	100,0					
Soru 8									
Doğru Yanıtladı	17	74,0	19	82,6					
Yanlış Yanıtladı	3	13,0	2	8,7	,13	,96	22	,64	,525
Bilmiyor	3	13,0	2	8,7					
Toplam	23	100,0	23	100,0					

Çizelge 3'ün Devamı

	Ön-Test		Son-Test		Paired-Samples T Testi Sonuçları				
	N	%	N	%	\bar{X}	S	S.d	t	P
Soru 9									
Doğru Yanıtladı	7	30,4	23	100,0					
Yanlış Yanıtladı	6	26,1	-	-	1,13	,86	22	6,24	,000
Bilmiyor	10	43,5	-	-					
Toplam	23	100,0	23	100,0					
Soru 10									
Doğru Yanıtladı	-	-	17	73,9					
Yanlış Yanıtladı	20	87,0	4	17,4	,78	,51	22	7,24	,000
Bilmiyor	3	13,0	2	8,7					
Toplam	23	100,0	23	100,0					
Soru 11									
Doğru Yanıtladı	7	30,5	16	69,6					
Yanlış Yanıtladı	11	47,8	6	26,1	,56	,66	22	4,09	,000
Bilmiyor	5	21,7	1	4,3					
Toplam	23	100,0	23	100,0					
Soru 12									
Doğru Yanıtladı	20	87,0	23	100,0					
Yanlış Yanıtladı	1	4,3	-	-	,21	,59	22	1,73	,096
Bilmiyor	2	8,7	-	-					
Toplam	23	100,0	23	100,0					
Soru 13									
Doğru Yanıtladı	20	87,0	22	95,7					
Yanlış Yanıtladı	2	8,7	1	4,3	,13	,54	22	1,14	,266
Bilmiyor	1	4,3	-	-					
Toplam	23	100,0	23	100,0					
Soru 14									
Doğru Yanıtladı	15	65,2	20	87,0					
Yanlış Yanıtladı	6	26,1	3	13,0	,30	,76	22	1,90	,069
Bilmiyor	2	8,7	-	-					
Toplam	23	100,0	23	100,0					
Soru 15									
Doğru Yanıtladı	5	21,7	20	87,0					
Yanlış Yanıtladı	17	73,9	3	13,0	,69	,55	22	5,97	,000
Bilmiyor	1	4,3	-	-					
Toplam	23	100,0	23	100,0					
Soru 16									
Doğru Yanıtladı	22	95,7	23	100,0					
Yanlış Yanıtladı	1	4,3	-	-	,04	,20	22	1,00	,328
Bilmiyor	-	-	-	-					
Toplam	23	100,0	23	100,0					

Çizelge 3'ün Devamı

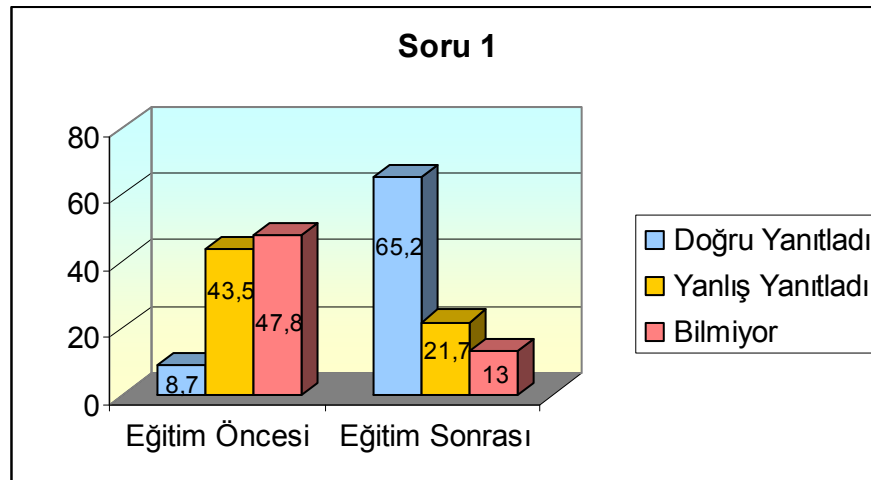
	Ön-Test		Son-Test		Paired-Samples T Testi Sonuçları				
	N	%	N	%	\bar{X}	S	S.d	t	P
Soru 17									
Doğru Yanıtladı	11	47,8	18	78,3					
Yanlış Yanıtladı	3	13,0	5	21,7	,69	,97	22	3,42	,002
Bilmiyor	9	39,1	-	-					
Toplam	23	100,0	23	100,0					
Soru 18									
Doğru Yanıtladı	18	78,3	20	87,0					
Yanlış Yanıtladı	4	17,4	3	13,0	,13	,34	22	1,81	,083
Bilmiyor	1	4,3	-	-					
Toplam	23	100,0	23	100,0					
Soru 19									
Doğru Yanıtladı	22	95,7	23	100,0					
Yanlış Yanıtladı	1	4,3	-	-	,04	,20	22	1,00	,328
Bilmiyor	-	-	-	-					
Toplam	23	100,0	23	100,0					
Soru 20									
Doğru Yanıtladı	14	60,9	22	95,7					
Yanlış Yanıtladı	7	30,4	1	4,3	,43	,66	22	3,14	,005
Bilmiyor	2	8,7	-	-					
Toplam	23	100,0	23	100,0					
Soru 21									
Doğru Yanıtladı	13	56,5	22	95,7					
Yanlış Yanıtladı	9	39,1	1	4,3	,43	,58	22	3,53	,002
Bilmiyor	1	4,3	-	-					
Toplam	23	100,0	23	100,0					
Soru 22									
Doğru Yanıtladı	4	17,4	9	39,1					
Yanlış Yanıtladı	19	82,6	14	60,9	,21	,59	22	1,73	,096
Bilmiyor	-	-	-	-					
Toplam	23	100,0	23	100,0					
Soru 23									
Doğru Yanıtladı	20	87,0	21	91,3					
Yanlış Yanıtladı	3	13,0	2	8,7	,04	,20	22	1,00	,328
Bilmiyor	-	-	-	-					
Toplam	23	100,0	23	100,0					
Soru 24									
Doğru Yanıtladı	11	47,9	21	91,3					
Yanlış Yanıtladı	7	30,4	2	8,7	,65	,83	22	3,76	,001
Bilmiyor	5	21,7	-	-					
Toplam	23	100,0	23	100,0					

Çizelge 3'ün Devamı

	Ön-Test		Son-Test		Paired-Samples T Testi Sonuçları				
	N	%	N	%	\bar{X}	S	S.d	t	P
Soru 25									
Doğru Yanıtladı	13	56,6	21	91,3					
Yanlış Yanıtladı	5	21,7	2	8,7	,56	,72	22	3,72	,001
Bilmiyor	5	21,7	-	-					
Toplam	23	100,0	23	100,0					

Katılımcıların test sorularına eğitim öncesi ve eğitim sonrası verdikleri yanıtların analizi yapılmış; 1, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 15, 17, 20, 21, 24 ve 25. sorularda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Bu araştırmada “sağlık” tanımı için WHO tarafından yapılan tanımlama referans alınmıştır. Bu tanıma göre sağlık; fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyi olma hali olarak ifade edilmektedir. Tanımdan da anlaşılacağı gibi sağlık, çok boyutlu ve geniş bir kavramdır. Bireylerin sağlık ve hastalık kavramları ile ilgili algıları onların çeşitli durumlardaki sağlık arama davranışlarını etkileyebilir.



Şekil 9. Katılımcıların Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası 1. Soruya Verdikleri Yanıtlar

Şekil 9'da katılımcıların eğitim öncesi ve eğitim sonrası 1. soruya verdikleri yanıtlar gösterilmiştir. “Sizce sağlıklı olma durumu nasıl bir şeydir?” sorusuna eğitim öncesinde doğru yanıt verenlerin yüzdesi 8,7'den, eğitim sonrasında % 65,2'ye yükselmiş ve bu artış da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur [$t_{(22)} = 4,39, p < .01$]. Eğitim öncesinde katılımcılar sağlığı dinç olmak, her işi yapabilmek, hastalanmamak, çocuk yapabilmek, genç olmak, mutlu olmak, ayakta durabilmek gibi tanımlamışlar; eğitim sonrasında ise katılımcıların % 65,2'si sağlığı sadece bedensel olarak değil, ruhsal ve sosyal yönlerden de iyi olma durumu olarak tanımlamışlardır.

Sağlık, insan yaşamının sürdürülmesinde, yaşam kalitesinin yaratılmasında ve korunmasında özel bir öneme sahiptir. Sağlığın yalnızca bedensel sağlıkla sınırlı kalmadığı, bütünsel bir yaklaşımla ele alınmasını gerektiği verilen eğitim sonrasında anlaşılmıştır.

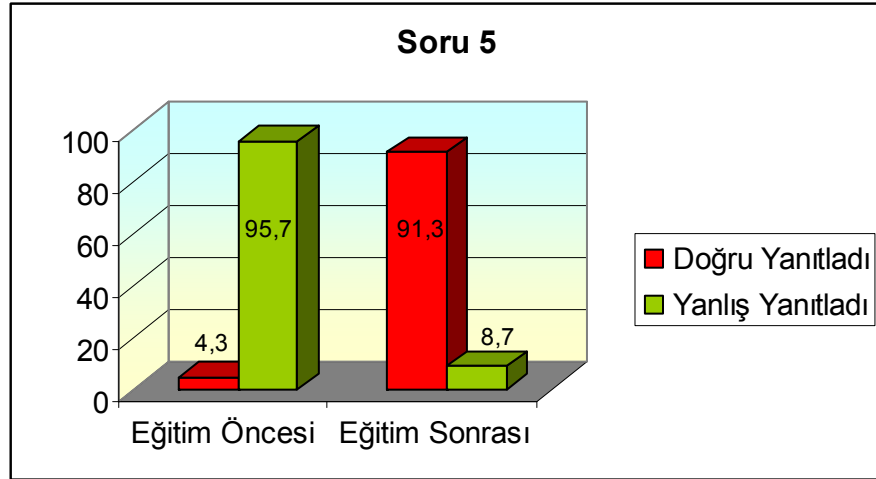
WHO, sağlık tanımında olduğu gibi benzer bir şekilde üreme sağlığını; “yalnızca üreme sistemi işlevleri ve süreci ile ilgili hastalığın ve sakatlığın olmaması değil, üremenin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde tanımlanması” olarak tanımlamıştır.

Bireylerin, özellikle kadınların genel sağlık düzeylerini etkileyen en önemli faktörlerden biri, onların üreme sağlığına yönelik yaşadıkları sorunlardır. Bu yaşadıkları sorunlarla doğru bir şekilde başa çıkabilmek için, öncelikle kadın ve üreme sağlığı konularıyla ilgili yeterli düzeyde bilgiye sahip olmaları gerekir.

Katılımcıların 2. soru olan “Aşağıdakilerden hangisi anne karnında bebeğin yerleştiği üreme organıdır?” sorusuna eğitim öncesinde ve eğitim sonrasında verdikleri yanıtlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > .05$). Eğitim sırasında da katılımcıların çoğunun vajina ile rahmi karıştırdıkları gözlemlenmiştir.

Katılımcıların 3. soru olan “Kadının üreme sağlığı için önemli olan yaş grupları nelerdir?” ve 4. soru olan “Kadın sağlığı açısından iki gebelik

arasındaki süre en az kaç yıl olmalıdır?” sorularına eğitim öncesinde ve eğitim sonrasında verdikleri yanıtlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > .05$).



Şekil 10. Katılımcıların Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası 5. Soruya Verdikleri Yanıtlar

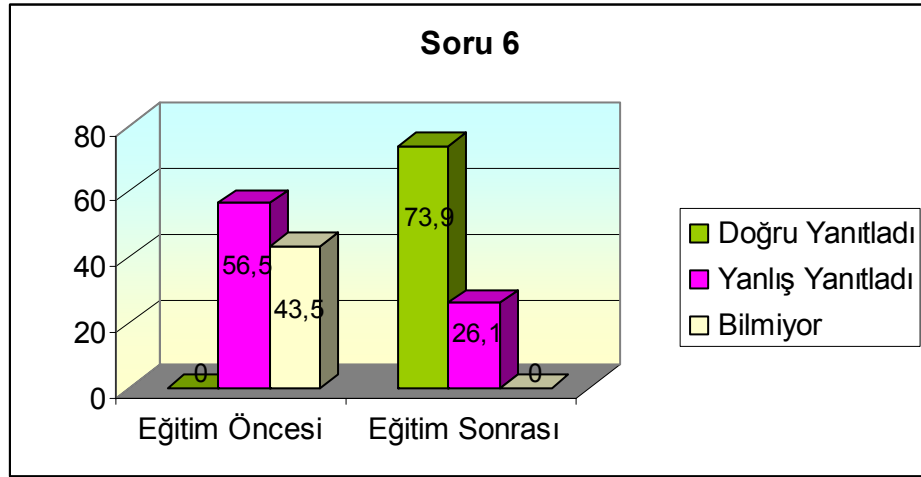
Şekil 10’da katılımcıların eğitim öncesi ve eğitim sonrası 5. soruya verdikleri yanıtlar gösterilmiştir. “Kaç günde bir adet görmek normaldir?” sorusuna eğitim öncesinde doğru yanıt verenlerin yüzdesi 4,3’ten, eğitim sonrasında % 91,3’e yükselmiş ve bu artış da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur [$t_{(22)} = 12,11, p < .01$].

Bu çalışmada kadınların “kadın sağlığı ve üreme organları” ile ilgili bilgi düzeyleri düşük bulunmuştur. Ayrıca bu konularında yanlış alışkanlıkların yaygın olduğu, jinekolojik sorunların çözümünde de doğru bilgi ve davranışların yeterli düzeyde olmadığı verilen eğitimler sırasında gözlenmiştir.

Ersin’in (2008) çalışmasında da gençlerin üreme sağlığı bilgi ve davranışları konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları saptanmıştır. Üreme sağlığı eğitimi kullanılarak yapılan müdahale sonucunda gençlerin toplam bilgi düzeylerinde bir artış gözlenmiş ve üreme sağlıkları ile ilgili konularda da olumlu yönde davranış değişikliği meydana gelmiştir. Özcebe (2000), kırsal

alanda adölesan ve gençlerin üreme sağlığı konusunda bilgi düzeyini saptamaya yönelik çalışmada eğitim öncesine göre eğitim sonrasında toplam üreme sağlığı bilgi puanında benzer olarak artış saptamıştır.

WHO 2002 yılı raporu; “sağlık risklerinin azaltılmasını ve sağlıklı yaşamın geliştirilmesini” uluslar arası girişimin öncelikleri ve 21. yüzyılda sağlık alanında atılması gereken adımlar” olarak ele almaktadır. Sağlığın geliştirilmesi ve korunması temel kavramlarından hareket edilerek yaşlılıkla birlikte artan ve özellikle kadınlarda daha sık gözlenen osteoporoz (kemik erimesi), öncelikle ele alınması gereken konulardan biridir.



Şekil 11. Katılımcıların Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası 6. Soruya Verdikleri Yanıtlar

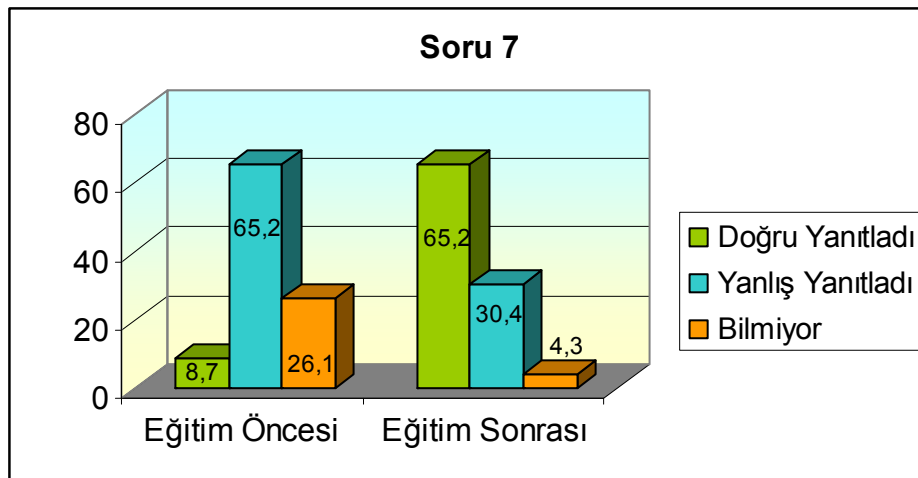
Şekil 11’de katılımcıların eğitim öncesi ve eğitim sonrası 6. soruya verdikleri yanıtlar gösterilmiştir. “Kemik erimesinin belirtileri nelerdir?” sorusuna eğitim öncesinde hiçbir katılımcı doğru yanıt veremezken, eğitim sonrasında doğru yanıt verenlerin yüzdesi 73,9’a yükselmiş ve bu artış da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur [$t_{(22)} = 8,65, p < .01$].

Eryavuz ve arkadaşları (2002), osteoporozlu kadınlarla yaptıkları çalışmada kadınların % 80’inin hastalığı bilmediklerini saptamıştır. Ungan ve Tümer’in (2001) Türk kadınlarında osteoporoz bilgisini saptamak amacıyla

yapmış oldukları çalışmada kadınların bilgi puan ortalamalarını 63,1 puan (100 puan üzerinden) bulurken, kadınların % 40'tan fazlasının osteoporoz risk faktörlerini tanımlayamadıklarını saptamıştır.

Orta yaş grubu kadınlar, osteoporoz gelişimi bakımından yüksek risk taşıyan bir grup olmasına rağmen, osteoporozu önleyici eğitim programlarında ihmal edilmişlerdir. Bu nedenle kadınlara zamanında yapılan müdahalelerle daha ileri kemik kayıpları ve potansiyel kırıklar önlenabilir. Osteoporozdan koruyucu davranışların başlatıcısı olarak; osteoporoz sağlık inançlarını ve osteoporoz bilgilerini değerlendirmek önemlidir.

Aile planlaması hem istenmeyen gebelikleri hem de aşırı doğurganlığı etkileyerek, anne ve çocuk sağlığına olumlu katkısı nedeniyle, toplumun sağlık kalitesinin yükseltilmesinde önemlidir. Özellikle son yıllarda bu konuda ülkemizde olumlu gelişmeler gözlenmektedir.



Şekil 12. Katılımcıların Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası 7. Soruya Verdikleri Yanıtlar

Şekil 12'de katılımcıların eğitim öncesi ve eğitim sonrası 7. soruya verdikleri yanıtlar gösterilmiştir. "Aile planlamasından ne anlıyorsunuz?" sorusuna eğitim öncesinde doğru yanıt verenlerin yüzdesi 8,7'den, eğitim sonrasında % 65,2'ye yükselmiş ve bu artış da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur [$t_{(22)} = 5,10, p < .01$]. Eğitim öncesinde katılımcıların aile

planlamasından ne anlıyorsunuz sorusuna verdikleri yanıtlardan bazıları; ailem olmazsa ben de olmam, ailem benim için çok önemlidir, ailenin mutluluk kaynağıdır, anne sağlıklıysa tüm bireyler sağlıklıdır, düzenli ve disiplinli bir aile yaşamıdır, örnek ailedir, sağlıklı ailedir, doğum kontrol yöntemidir, korunma yöntemleridir. Eğitim sonrasında ise katılımcıların % 65,2'si aile planlamasını ailelerin istedikleri sayıda, istedikleri zaman ve aralıklarda, bakabilecekleri kadar çocuk sahibi olmaları şeklinde tanımlayabilmişlerdir.

Ege ve arkadaşlarının (2005), ebelik son sınıf öğrencilerinin aile planlaması eğitimi etkinliğinin değerlendirilmesine yönelik çalışmalarında ise, eğitim sonucunda gençlerin aile planlaması bilgi düzeyinde önemli düzeyde artış olduğu belirtilmiştir.

Vajinal duş, vajenin (haznenin) su veya diğer solüsyonlarla yıkanması olarak tanımlanmaktadır ve tüm dünyada yaygın geleneksel bir uygulamadır. Pek çok ülkede kadınlar, kişisel temizlik, estetik, yakınmaları azaltmak, gebelikten korunmak ve benzeri amaçlarla vajinal duş yapmaktadır. Son 30 yılda vajinal duş ve sağlık üzerine etkilerini ortaya koymaya yönelik pek çok bilimsel araştırma yapılmıştır. Bu çalışmaların bugün için vardığı son nokta; vajinal duş normal vajinal florayı bozmakta ve aşağıdan yukarıya pek çok patojen mikroorganizmayı taşıması nedeniyle pek çok sağlık sorununa neden olmaktadır.

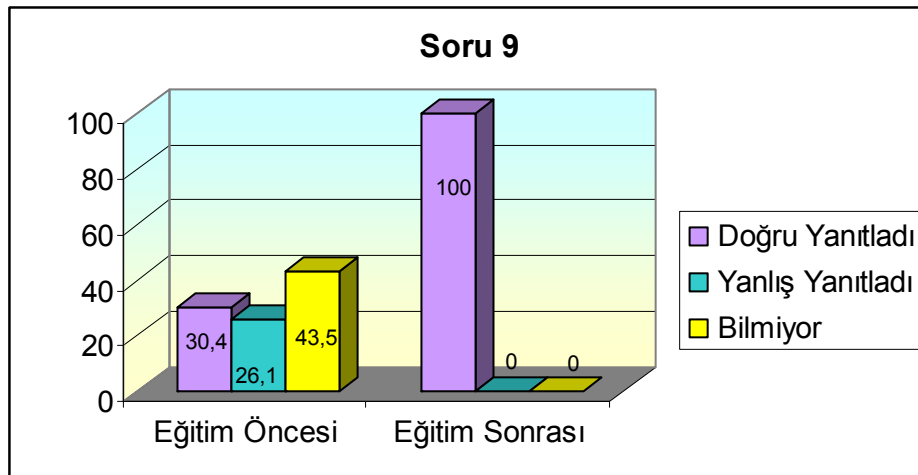
Katılımcıların 8. soru olan "Vajinal yıkama yöntemi gebelikten korur mu?" sorusuna eğitim öncesinde ve eğitim sonrasında verdikleri yanıtlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>.05$). Eğitim öncesinde katılımcıların büyük çoğunluğunun (% 74'ünün) bu soruyu zaten doğru yanıtladıkları, eğitim sonrasında da doğru yanıtlayanların yüzdesinin 82,6'ya yükseldiği görülmüştür.

1996 yılında Ankara İli'nde yarı-kentsel bir bölgede Çalışkan ve arkadaşları tarafından yapılan prevalans çalışmasında doğurgan çağ kadınlarının % 63,2'sinin düzenli olarak vajinal duş yaptığı saptanmıştır.

Ülkü'nün (2010) çalışmasında da, 15-49 yaş arası evli 591 kadından % 44,7'sinin vajinal duş uyguladığı, bu kadınların %77,8'inin hijyen sağlamak, %2,2'sinin ise aileden öğrenme ve gebeliği önlemek için vajinal duş yaptığı, %78'inin vajinal duşun zararlı olduğuna dair daha önce bilgi almadığı tespit edilmiştir. Kadınlara verilen sağlık eğitiminden sonra vajinal duş yapan kadınların eğitim öncesi ve eğitim sonrası puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Yapılan çalışmalarda verilen eğitimlerin etkili olduğu gözlenmiştir. Bu nedenle, birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında 15-49 yaş kadın, gebe ve lohusa izleminde vajinal duş alışkanlığı sorulmalı ve vajinal duş uygulayanlara yönelik eğitimler yapılmalıdır.

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar, tüm dünyada önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bulaşıcı hastalıklar söz konusu olunca erken tanı ve tedavi önem kazanmaktadır. Çünkü bulaşıcı hastalıklar çeşitli yollarla sağlam kişilere bulaşabilmekte, ortaya çıktıktan sonra daha büyük boyutlarda sağlık sorunlarına ve hatta yaşamın yitirilmesine neden olabilmektedir. Modern aile planlaması yöntemleri arasında yer alan "kondom" kullanımının, bu sorunla mücadele kapsamında önemli bir yeri bulunmaktadır.



Şekil 13. Katılımcıların Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası 9. Soruya Verdikleri Yanıtlar

Şekil 13'te katılımcıların eğitim öncesi ve eğitim sonrası 9. soruya verdikleri yanıtlar gösterilmiştir. "Aile planlaması yöntemlerinden hangisi cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korur?" sorusuna eğitim öncesinde doğru yanıt verenlerin yüzdesi 30,4'ten, eğitim sonrasında % 100'e yükselmiş ve bu artış da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur [$t_{(22)} = 6,24, p < .01$]. Eğitim öncesinde katılımcıların % 26,1'i bu soruya mantar, iltihap, günlük hap, spiral, AIDS gibi yanlış yanıtlar vermiş, % 43,5'i cevabı bilmediklerini ifade etmişlerdir. Eğitim sonrasında ise katılımcıların tamamı, aile planlaması yöntemlerinden yalnızca kondomun cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan koruduğunu öğrenmişlerdir.

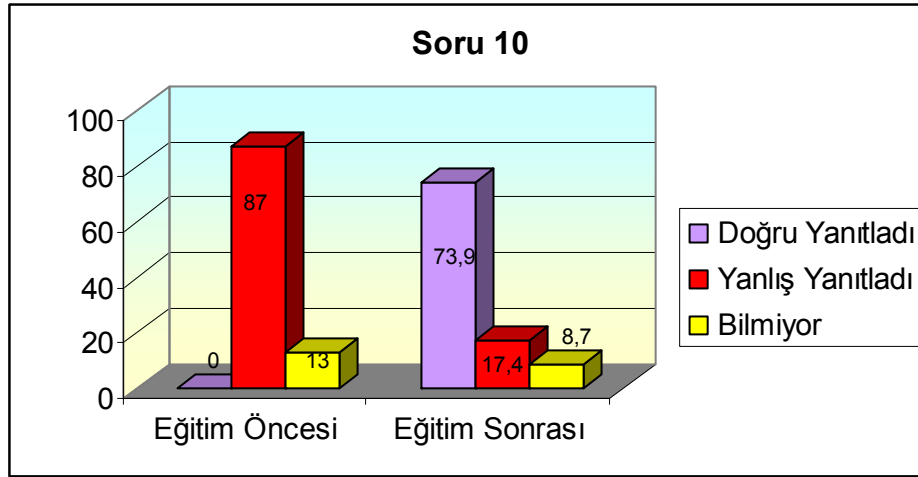
Ford ve arkadaşları (2000) da, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmaya yönelik yaptıkları çalışmada, gençlerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası AIDS ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusundaki bilgi puanları arasındaki farkı istatistiksel olarak anlamlı bulmuşlardır. Yine benzer şekilde Saroj ve arkadaşları (2005), adölesanların AIDS ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar bilgi puanlarının eğitim sonrasında önemli düzeyde arttığını saptamışlardır.

Uzun ve Kışioğlu'nun (2007), çalışmasında ise, "Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan nasıl korunulur?" sorusuna öğrencilerin dörtte üçü kondom cevabını vermiştir. Araştırmada öğrencilerin genel olarak cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu ve bu konuda eğitim programlarının yapılmasının yararlı olabileceği sonucuna ulaşılmıştır.

Ancak, eğitim çalışmalarında aile planlaması hizmetlerine ve çalışmalarına "erkek" katılımının sağlanması için erkeklerin de aile planlaması yönteminin kullanımına karar verme sürecinden başlayarak yöntemin seçimi, kullanımı ve izlemi aşamalarında kadınlarla birlikte hareket etme gereği vurgulanmalıdır.

Aile planlaması kavramı ve gebeliği önleyici yöntemler ile ilgili olarak son yıllarda önemli gelişmeler olmuştur. Aile planlaması, temel sağlık hizmetleri içerisinde önemli bir yere sahiptir. Gebeliği önleyici yöntemlerin

yeterli düzeyde kullanılmadığı durumlarda, pek çok sağlık ve sosyal sorunu beraberinde gelmektedir. Günümüzde var olan gebeliklerden bazıları istenmemektedir. İstenmeyen bu gebeliklerin önemli bir kısmı ise, isteyerek düşükle sonlanmaktadır. Sağlıklı olmayan koşullarda düşükler gerçekleşebilmekte ve pek çok anne adayı hayatını yitirebilmektedir. İstenmeyen gebelikler sonrasında meydana gelen doğumlar, aile bireyleri ve doğan çocuklar açısından başta psikolojik ve ekonomik olmak üzere pek çok sorunu beraberinde getirebilir. Daha geniş kapsamda düşünüldüğünde, bu sorun önemli bir sosyal ve toplumsal problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu sorunların önlenmesi konusunda en temel yaklaşım, aile planlaması yöntemlerinin kullanımının artırılmasıdır.

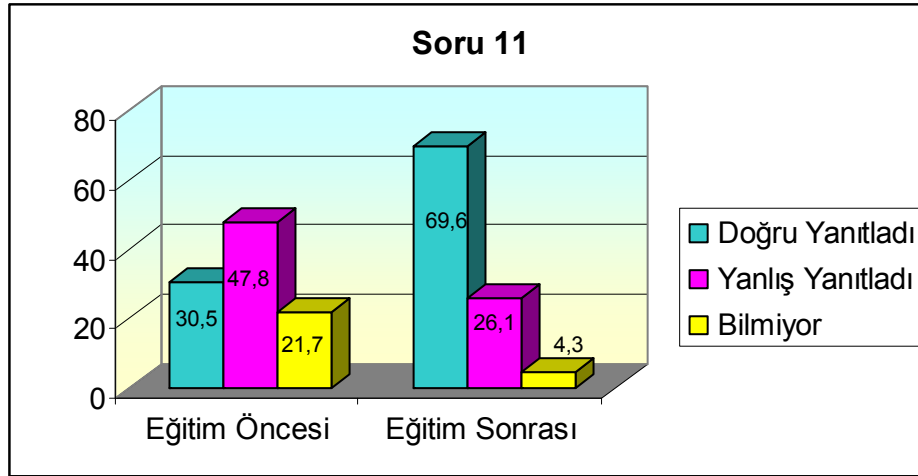


Şekil 14. Katılımcıların Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası 10. Soruya Verdikleri Yanıtlar

Şekil 14'te katılımcıların eğitim öncesi ve eğitim sonrası 10. soruya verdikleri yanıtlar gösterilmiştir. “Doğum kontrol haplarını kullanmaya karar veren biri, bu hapları ne zaman kullanmaya başlamalıdır?” sorusuna eğitim öncesinde hiçbir katılımcı doğru yanıt veremezken, eğitim sonrasında doğru yanıt verenlerin yüzdesi 73,9'a yükselmiş ve bu artış da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur [$t_{(22)} = 7,24, p < .01$].

Goto ve arkadaşlarının (1999) Japonya'da oral kontraseptif ile ilgili yaptıkları bir araştırmada; yeni politikaların başarılı olması için, kadının bu

konuda doğru bilgilendirilmesi ve özellikle yan etkileri konusunda bilinçlendirilmesinin, kadın sağlığına önemli katkısı olduğu vurgulanmaktadır.



Şekil 15. Katılımcıların Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası 11. Soruya Verdikleri Yanıtlar

Şekil 15'te katılımcıların eğitim öncesi ve eğitim sonrası 11. soruya verdikleri yanıtlar gösterilmiştir. "Tüplerin bağlanması yönteminden sonra tekrar gebe kalınabilir mi?" sorusuna eğitim öncesinde doğru yanıt verenlerin yüzdesi 30,5'ten, eğitim sonrasında % 69,6'ya yükselmiş ve bu artış da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur [$t_{(22)} = 4,09, p < .01$].

Katılımcıların 12. soru olan "Emzirme gebeliği en fazla kaç ay engelleyebilir?" sorusuna eğitim öncesinde ve eğitim sonrasında verdikleri yanıtlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > .05$). Eğitim öncesinde katılımcıların büyük çoğunluğunun (% 87,0) bu soruyu zaten doğru yanıtladıkları, eğitim sonrasında da katılımcıların tamamının soruya doğru yanıt verdikleri görülmüştür.

Bu çalışmada katılımcıların aile planlaması yöntemleri ile ilgili bilgi düzeylerinin düşük olduğu, ancak eğitim sonrasında bilgi düzeylerinde bir artış olduğu gözlenmiştir.

Çiftçioğlu'nun (2009) ileri doğurganlık yaşındaki kadın ve erkeklerin aile planlamasına yönelik tutumları ve bu konuda verilen eğitimin etkisinin

değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirdiği çalışmasında, aile planlaması konusunda verilen eğitim sonrasında her iki grupta da, eğitim öncesi ve eğitim sonrası aile planlaması tutum ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Ayrıca çalışmada kadınların yarısına yakınının (%41,2) daha önce hiç aile planlaması yöntemi kullanmadığı, aile planlaması yöntemlerini kullanan kadınların kullandıkları yöntemlere bakıldığında ise, ilk sırada RİA (%42,0), daha sonra oral kontraseptif (%36,0) ve kondom (%22,0) olduğu görülmektedir.

Ersin ve arkadaşlarının (2003) yaptığı araştırmada da kadınların %57,8'i yan etkileri/sağlık kaygısı, %20,5'i çocuk istediği için modern yöntemleri bıraktığı bulunmuştur. Pasinlioğlu ve Bülbül'ün (2003) çalışmasında kadınların etkili yöntemi bırakmasının en önemli nedenleri arasında RİA ve oral kontraseptif için; yan etkiler, sağlık kaygısı, kondom için; eşinin karşı çıkması şeklinde sıralanmıştır.

Rassoly'nin (1992) aile planlaması konusunda yaptığı bir diğer çalışmada da benzer olarak, kadınların %55,0'ünün bilgi puanının ortalamasının altında olduğu, %77,0'ünün aile planlaması kavramına ilişkin yeterli bilgiye sahip olmadığı, %53,3'ünün hapi, %46,9'unun kondomu yanlış kullandığı belirlenmiştir. Yıldırım'ın (1998) çalışmasında ise, kadınların %98'inin aile planlaması kavramını ilk kez duydukları saptanmıştır.

Ülkemizdeki aile yapısı, aile planlaması yöntemi kullanılması ve hizmetin yaygınlaştırılmasını engelleyen, güçlü kültürel öğeler içermektedir. Aynı zamanda aile içi ilişkilerdeki otoriter ve ataerkil yapı bütün konularda olduğu gibi aile planlaması yöntemi kullanma konusunda da erkeğin onayının alınmasını zorunlu kılmaktadır. Yapılan çeşitli araştırmalarda kadınların aile planlaması yöntemi kullanmasını; kadının ve eşinin eğitim durumu, sahip olunan çocuk sayısı, aile yapısı, erkeklerin aile planlamasına bakış açısı gibi birçok faktörün etkilediği saptanmıştır (Depe ve Ayten, 2006).

Çalışmada kadın sağlığı ve aile planlaması konularında görülen bilgi eksikliği, kaliteli hizmetlere erişimin yetersiz olması ve seçeneklerin sınırlı

olması faktörlerini ön plana çıkarmaktadır. Bu faktörler sağlık sektörü açısından bakıldığında, sunulan hizmetin erişilebilirliği ve niteliğinin artırılması ile önemli ölçüde giderilebilecek sebepler olarak görülmektedir. Yöntem seçenekleri olması ve yöntem seçiminin bilgilendirilmiş bir şekilde birey tarafından yapılması kaliteyle ilgili önemli unsurlardır. Bireyin doğurganlığını kontrol altına alması için gerekli bilginin ve yöntemlerin sunulması temel sağlık hakları ile ilgilidir. İstenmeyen gebeliklerin engellenmesi çerçevesinde yapılacak girişimler bireye ve topluma sosyal ve ekonomik katkılarının yanı sıra isteyerek düşüklerin ve anne ölümlerinin azaltılması olarak etkili bir şekilde geri dönecektir.

Bütün dünyada görülme sıklığı gittikçe artmakta olan meme kanseri, kadınlar arasında en sık görülen kanser türüdür ve kansere bağlı ölüm nedenleri arasında da ilk sıralarda yer almaktadır. Kadınlara kendi kendine meme muayenesi, kliniksel meme muayenesi ve mamografi erken tanı amacıyla önerilmektedir. Bu önerilerin uygulanmasında kadınların bilgi, tutum ve davranışları çok önemlidir. Türkiye'den daha önce yapılan bazı çalışmalar, Türk populasyonunun meme kanseri konusunda bilgilerinin yetersiz olduğunu, çoğu kadının kendi kendine meme muayenesi yapmadığını ve çoğu kadının da kendi kendine meme muayenesini nasıl yapılacağını bilmediğini ortaya koymuştur.

Katılımcıların 13. soru olan "Aşağıdakilerden hangisi meme kanserinin erken teşhisinde kullanılan yöntemlerden biridir?" ve 14. soru olan "Meme kanserinin erken teşhisi için evde yapılması gereken nedir?" sorularına eğitim öncesinde ve eğitim sonrasında verdikleri yanıtlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > .05$). Çünkü katılımcıların büyük çoğunluğu bu soruların yanıtlarını bildiklerini, ancak uygulamadıklarını ifade etmişlerdir.

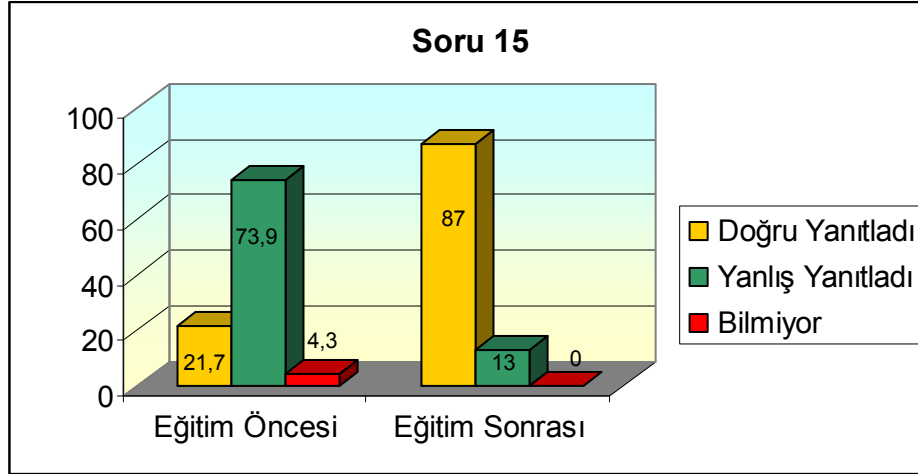
Merey'in (2002), kadınlarda meme kanseri tarama davranışlarının tespit edilmesine yönelik çalışmasında kendi kendine meme muayenesini düzenli olarak uygulayanların oranı %5,5 olarak tespit edilmiştir.

Atlı'nın (2002), yetişkin kadınların meme kanserine yönelik bilgi düzeyleri ve risk algılamaları ile kendi kendine meme muayenesi eğitiminin değerlendirilmesine yönelik yaptığı çalışmada düzenli olarak kendi kendine meme muayenesi yaparak memesinde kitleyi tespit eden kadınların oranını %5,3 olarak bulmuştur.

Elik'in (2006) 20-60 yaş grubu, 42 deney ve 48 kontrol olmak üzere toplam 90 ev hanımı ile gerçekleştirdiği sağlık inanç modeli doğrultusunda verilen eğitimin kadınların kendi kendine meme muayenesi uygulamaları üzerine etkisini belirlemeye çalıştığı araştırmasında, kadınlara verilen eğitimle deney grubunda kontrol grubuna göre, kendi kendine meme muayenesi ve meme kanserine ilişkin bilgi konusunda bir artış olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışma, sağlık inanç modeli doğrultusunda yapılan eğitimin, kendi kendine meme muayenesi bilgi ve uygulamaları ile meme sağlığı ile ilgili inançları arttırdığını göstermektedir.

Çalışmamızda katılımcıların meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi konularında bilgi düzeylerinin yeterli olduğu ancak, bunu tutum ve davranışlarına yansıtmadıkları gözlenmiştir. Meme kanserinin insan hayatı açısından taşıdığı önem göz önünde bulundurulduğunda; olası belirtilerin dikkatle izlenmesi, gerekli kontrollerin yapılması ve şikâyet ile karşılaşılması durumunda da hekime başvurulması gerektiğinin nedenleri konusunda eğitim çalışmalarına önem verilmelidir. Bunun sonucunda, hastalığın toplumda yaratacağı hasar minimum düzeye indirilerek, yaşam kalitesinin önemli ölçüde yükseltilebilmesi de mümkün olabilecektir.

Yeterli ve dengeli beslenme; vücudun büyümesi, dokuların yenilenmesi ve çalışması için gerekli olan tüm besin öğelerinin her birinin yeterli miktarda ve gerekli oranda alınması ve vücutta uygun biçimde kullanılmasıdır. Günümüzde üzerinde durulan en önemli konulardan biri olan beslenme; büyüme, gelişme, yaşamın sürdürülmesi ve sağlığın korunması açısından hayatın her döneminde sağlığın temelini oluşturur.

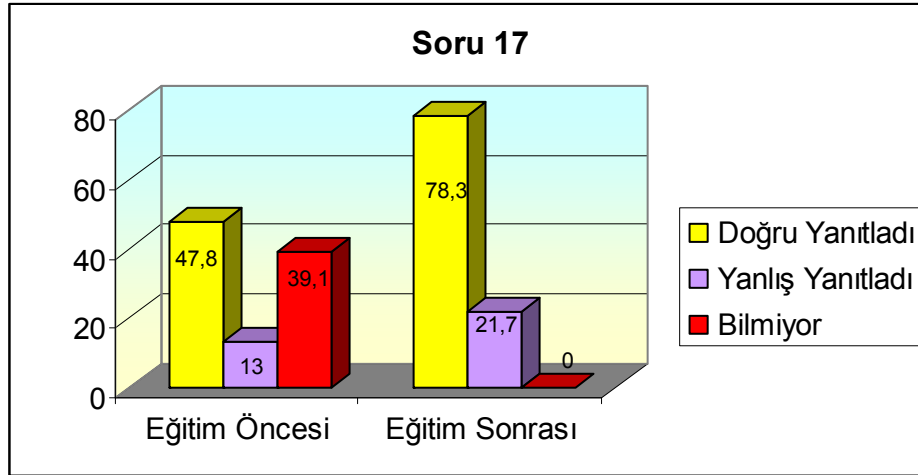


Şekil 16. Katılımcıların Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası 15. Soruya Verdikleri Yanıtlar

Şekil 16’da katılımcıların eğitim öncesi ve eğitim sonrası 15. soruya verdikleri yanıtlar gösterilmiştir. “Temel besin gruplarımız nelerdir?” sorusuna eğitim öncesinde doğru yanıt verenlerin yüzdesi 21,7’den, eğitim sonrasında % 87,0’ye yükselmiş ve bu artış da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur [$t_{(22)} = 5,97, p < .01$].

Değirmenci’nin (2000) 25-64 yaş grubu kadınlarla yaptığı bir çalışmada, kadınların karbonhidrat ağırlıklı beslendiği, %98,0’ının hayat boyu herhangi bir sporla uğraşmadığı, yalnızca %14,2’sinin şişmanlık tanımlamasını doğru olarak yaptığı saptanmıştır. Beslenme ile ilgili bir diğer çalışmada ise kadınların %86,7’sinin beslenme bilgisinin yetersiz olduğu bulunmuştur (Malatyaloğlu, 1991).

Katılımcıların 16. soru olan “Kemik erimesinden korunmak için aşağıdakilerden hangi besini daha çok almalıyız?” sorusuna eğitim öncesinde ve eğitim sonrasında verdikleri yanıtlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > .05$). Eğitim öncesinde katılımcıların büyük çoğunluğunun (% 95,7’sinin) bu soruyu zaten doğru yanıtladıkları, eğitim sonrasında da katılımcıların tamamının soruya doğru yanıt verdikleri görülmüştür.



Şekil 17. Katılımcıların Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası 17. Soruya Verdikleri Yanıtlar

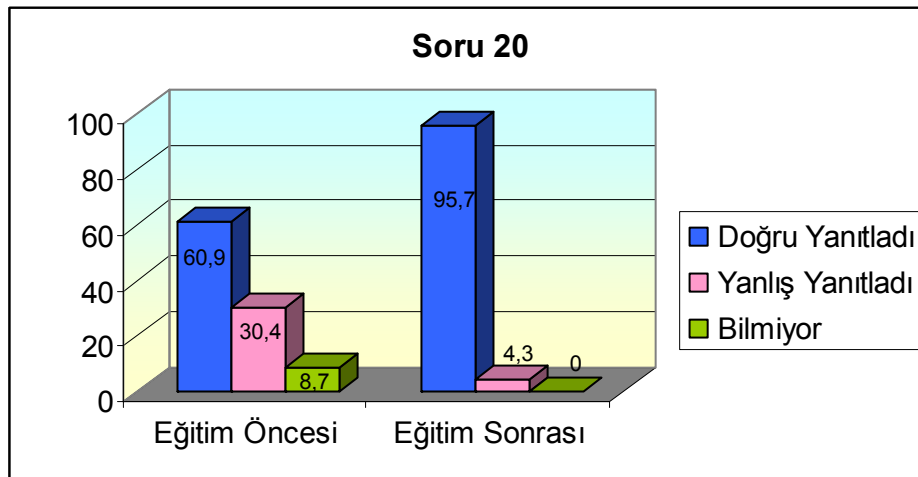
Şekil 17’de katılımcıların eğitim öncesi ve eğitim sonrası 17. soruya verdikleri yanıtlar gösterilmiştir. “Kalsiyum bakımından zengin olan besin grubu hangisidir?” sorusuna eğitim öncesinde doğru yanıt verenlerin yüzdesi 47,8’den, eğitim sonrasında % 78,3’e yükselmiş ve bu artış da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur [$t_{(22)} = 3,42, p < .01$].

Bu veriler, eğitim öncesinde kadınların beslenme alışkanlıklarının ve bilgilerinin yeterli düzeyde olmadığını ve katılımcıların yetersiz ve dengesiz olarak beslendiklerini göstermektedir. Yeterli ve dengeli beslenme konusunda kadınları bilgilendirmek ve ikna etmek gerekmektedir. Bu yönde yapılacak çalışmalar kadınların beslenme konusundaki sorunlarını derinlemesine ortaya koyacaktır.

Özellikle menopoz döneminde görülen kemik erimesine bağlı görülen sorunlar, kadın yaşamının daha önceki dönemlerindeki sorunlarla ilişkilidir. Bu dönemdeki kadınlara sunulacak erken tanı ve tedavi hizmetlerinin yanı sıra asıl önemli olan konu, yeterli ve dengeli beslenmenin yaşamboyu yaklaşım ile üreme sağlığının bütünlüğü içerisinde ele alınması ve kadınlara verilecek eğitim hizmetlerinin temel sağlık hizmetleri kapsamında herkese sunulabilecek plan ve programları hayata geçirebilmesidir.

Katılımcıların 18. soru olan “Çocukluk ve ergenlik döneminde süt ve süt ürünlerinin yetersiz alınması ileri yaşlarda hangi hastalığa neden olabilir?” ve 19. soru olan “Plastik saklama kaplarında yiyecek saklamak doğru mudur?” sorularına eğitim öncesinde ve eğitim sonrasında verdikleri yanıtlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>.05$). Katılımcıların büyük çoğunluğunun bu sorulara doğru yanıt verdikleri gözlenmiştir.

Türkiye gibi gelişmekte olan ve koruyucu diş hekimliği uygulamalarının henüz yaygınlaşmadığı ülkelerde, ağız ve diş sağlığı problemleri, ciddi ekonomik ve sosyal sorunlar oluşturmaktadır.



Şekil 18. Katılımcıların Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası 20. Soruya Verdikleri Yanıtlar

Şekil 18’de katılımcıların eğitim öncesi ve eğitim sonrası 20. soruya verdikleri yanıtlar gösterilmiştir. “Ağız bakımına dikkat edilmediğinde görülebilecek en temel sağlık sorunu nedir?” sorusuna eğitim öncesinde doğru yanıt verenlerin yüzdesi 60,9’dan, eğitim sonrasında % 95,7’ye yükselmiş ve bu artış da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur [$t_{(22)} = 3,14$, $p<.01$].

Şanlıer ve Özgen'in (2005) çalışmasında öğrencilere farklı yöntemlerle verilen eğitimin ağız-diş sağlığı ve beslenme bilgisi üzerinde olumlu yönde bilgi ve davranış değişikliğine neden olmuştur. Her alanda olduğu gibi eğitim, ağız ve diş sağlığını korumada, yeterli- dengeli beslenme bilgi ve davranışları kazandırmada oldukça önemlidir. Araştırmada, kullanılan eğitim yöntemi öğrencinin ne kadar çok duyusuna hitap ediyorsa sonucun o kadar başarılı olduğu; ancak yapılacak eğitimin etkin ve sürekli olması, belirli aralıklarla denetiminin yapılması gerekliliği sonucuna varılmıştır.

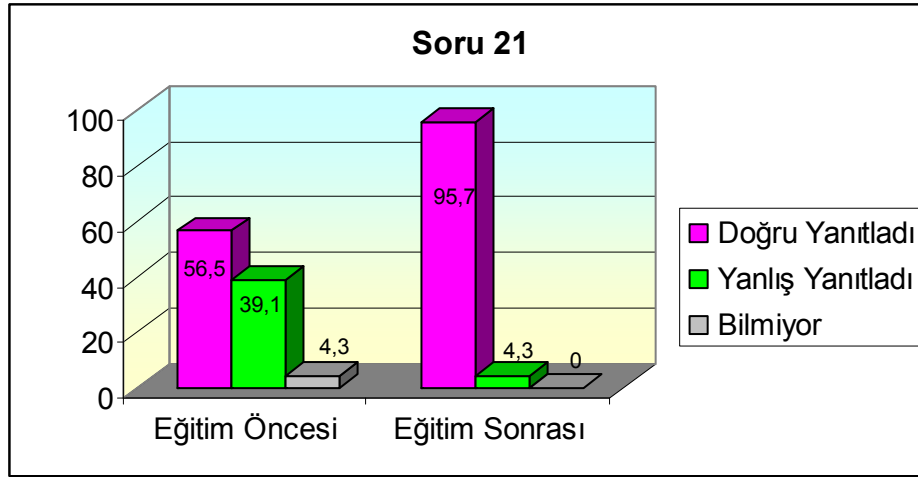
Bu nedenle, diş hekimliğinde, ağız ve diş sağlığının bozulmasından önce, koruyucu ve önleyici önlemler alma ve tedavi hizmetlerinin, dişleri ağızda tutmaya yönelik olan yöntemlere doğru kaydırılması görüşü önem kazanmalıdır. Ağız-diş sağlığını koruyan ve geliştiren programlarla hem ağız-diş hastalıklarında, hem de sağlık harcamalarında önemli bir azalma sağlanabilir.

Birçok enfeksiyon hastalığının kontrolünde kişisel hijyen alışkanlıklarının önemli olduğu bilinmektedir. Bireysel alışkanlıklarla bazı hastalıkların önlenmesi, sağlık düzeyinin geliştirilmesinde vazgeçilmez bir unsurdur. Ülkemizde genel sağlık göstergelerinin istenilen düzeyde olabilmesi için temel hedeflerden biri, kadın sağlığı düzeyini yükseltmektir.

Genital enfeksiyonlar kadınlarda sık görülen jinekolojik problemlerden biridir. Genital enfeksiyonlardan korunmak için genital hijyenin sağlanması en önemli basamaktır. Genital hijyenin sağlanmadığı durumlarda üreme sistemi enfeksiyonlarının arttığı bilinmektedir. Genital hijyen davranışları, hassas ve farklı fizyolojik özelliklere sahip organlardan oluşan genital bölgeye yönelik olduğu ve bu konuda bilgi eksikliğine bağlı hatalı uygulamalar yapıldığı için özel önem taşır. Genital enfeksiyonların önlenmesi için doğru genital hijyen davranışlarının kazandırılması gerekmektedir.

Yağmur (2007), çalışmasında kadınların %26,2'sinin genito üriner temizliğini yanlış şekilde arkadan öne yaptığını belirtmiştir.

Ege ve Eryılmaz'ın (2006) çalışmalarında, kadınlara verilen planlı genital hijyen davranışları eğitiminin genital hijyen davranışlarını olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir. Deney grubundaki kadınların “*Genital Hijyen Davranışları Envanteri*” ön test puan ortalamasının son test puan ortalamalarından daha düşük olması kadınların genital hijyen davranışlarının yetersiz olduğunu göstermektedir.



Şekil 19. Katılımcıların Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası 21. Soruya Verdikleri Yanıtlar

Şekil 19’da katılımcıların eğitim öncesi ve eğitim sonrası 21. soruya verdikleri yanıtlar gösterilmiştir. “Tuvalet temizliği ne şekilde yapılmalıdır?” sorusuna eğitim öncesinde doğru yanıt verenlerin yüzdesi 56,5’ten, eğitim sonrasında % 95,7’ye yükselmiş ve bu artış da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur [$t_{(22)} = 3,53, p < .01$].

Çalışmamızda kadınların % 43,5’inin genito üriner temizliği yanlış şekilde arkadan öne yapıyor olmaları, enfeksiyon geliştirme yönünden riskte olduklarını ve bu konuda olumlu davranış geliştirmeye yönelik eğitim gereksinimleri olduğunu düşündürmektedir.

Kadınların kişisel hijyene yönelik doğru bilgi ve davranışlarının artırılması için; profesyonel sağlık eğitimi olan kişiler tarafından eğitilmeleri gereklidir ve kişisel hijyen uygulamalarına kadınların eğitim durumlarının

açıkça görülen etkisi nedeniyle de kadınların kişisel hijyen konusunda eğitilmeleri önemlidir.

Sigara ve alkol tüketimi, dünyada ve ülkemizde sağlığa zararlı alışkanlıklar içerisinde en yaygın olanlardandır. Sigara içme, yaygınlığı ve sağlık üzerindeki sayısız olumsuz etkilerinden dolayı özellikle gelişmekte olan ülkelerde halk sağlığı riski olarak ele alınmaktadır. Sigaranın yaygın kullanıldığı toplumlarda akciğer kanserinden ölümlerin %90'ı sigaraya bağlanmaktadır. Alkol ise, vücutta lipid seviyesinin artmasına, özellikle B vitamini eksikliğine bağlı zihin fonksiyonlarının bozulmasına ve beyin hücrelerinin hızla yıkımına neden olduğu gibi, sebep olduğu en önemli hastalık sirozdur.

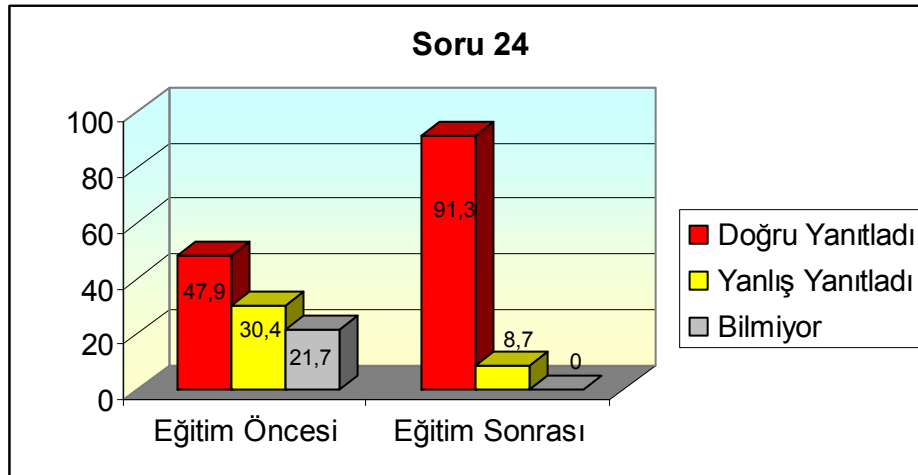
Katılımcıların 22. soru olan “Hangisi alkolün sebep olduğu en önemli hastalıktır?” ve 23. soru olan “Sigaranın sebep olduğu en önemli hastalık aşağıdakilerden hangisidir?” sorularına eğitim öncesinde ve eğitim sonrasında verdikleri yanıtlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>.05$). Eğitim sırasında da katılımcıların sigara ve alkolün sebep olduğu hastalıkları karıştırdıkları gözlenmiştir. Ayrıca katılımcıların % 17,39'u sigara içtiklerini, verilen eğitim sonrasında ise mutlaka sigarayı bırakacaklarını ifade etmişlerdir.

Gölbacı ve Levent'in (2007) çalışmasında sigara içen kadınlara yönelik öğrenci hemşireler tarafından sağlık eğitimi uygulamaları yürütülmüş (bilgilendirme, eğitim, destek, motivasyon) ve uygulamaları takip eden 1. ayın sonunda kadınların %25,5'inin sigara içmeyi bıraktıkları, 4. ayın sonunda bu oranın % 23,4 olduğu belirlenmiştir. Uygulama öncesi ile sağlık eğitimi uygulamalarından sonraki 1. ve 4. ayın sonundaki oranlar arasındaki fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur.

Sigara ve alkol tüketimi, hem içen bireye hem de topluma pahalıya mal olan zararlı alışkanlıklardır. Özellikle kadınların sigara içme davranışı yalnız kendi sağlıklarını değil, gelecek nesillerin sağlığını da olumsuz etkilemesi nedeniyle önemle ele alınması gereken bir konudur. Bu nedenle sağlığa

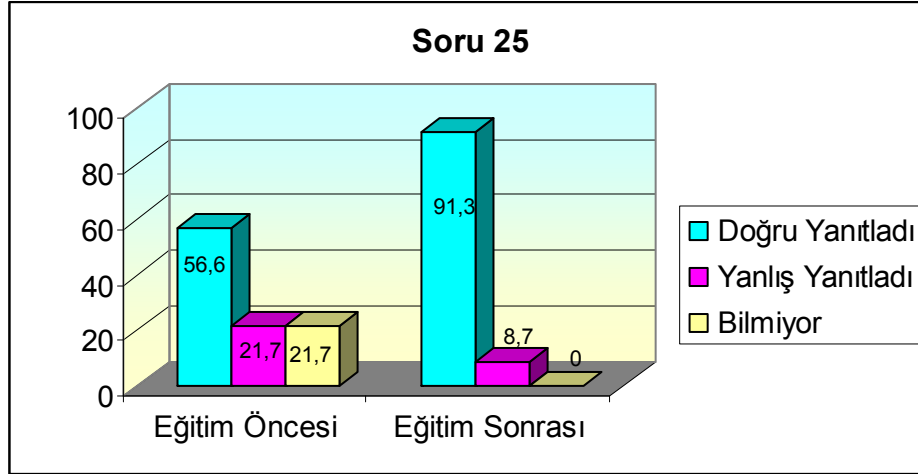
zararlı alışkanlıklar ile mücadele, tüm dünyada öncelikli bir halk sağlığı hizmeti olarak ele alınmaktadır. Bu mücadelede önemli bir role sahip olan sağlık çalışanları hizmet verdikleri her ortamda bireylerin sigara ve alkol içme davranışlarını değerlendirmeli ve bırakmaları için onlara yardım etmelidir.

Aile, toplumun en küçük birimi olmakla birlikte, toplumu en çok etkileyen kurumdur. Aile kurumunun temel işlevlerinden biri de, ailedeki herkesin en verimli şekilde gelişimini yerine getirmesidir. Gelişimin sağlıklı şekli, her bireyin gereksinimini olabildiğince karşılamaktır. Aile içi iletişim de, bu gereksinimlerden biridir. Bireylerin kişilik gelişimlerinin sağlıklı olabilmesi için, aile içinde anne-babanın birbiriyle ve çocuklarıyla olan iletişim biçimlerinin sağlıklı olmasının büyük önemi vardır.



Şekil 20. Katılımcıların Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası 24. Soruya Verdikleri Yanıtlar

Şekil 20’de katılımcıların eğitim öncesi ve eğitim sonrası 24. soruya verdikleri yanıtlar gösterilmiştir. “Kişinin kendisini karşısındakinin yerine koyarak ne hissettiğini anlamaya çalışmasına ne ad verilir?” sorusuna eğitim öncesinde doğru yanıt verenlerin yüzdesi 47,9’dan, eğitim sonrasında % 91,3’e yükselmiş ve bu artış da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur [$t_{(22)} = 3,76, p < .01$].



Şekil 21. Katılımcıların Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası 25. Soruya Verdikleri Yanıtlar

Şekil 21’de katılımcıların eğitim öncesi ve eğitim sonrası 25. soruya verdikleri yanıtlar gösterilmiştir. “Aşağıdakilerden hangisi iletişimde kullanılan doğru bir yaklaşımdır?” sorusuna eğitim öncesinde doğru yanıt verenlerin yüzdesi 56,6’dan, eğitim sonrasında % 91,3’e yükselmiş ve bu artış da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur [$t_{(22)} = 3,72, p < .01$].

Öztürk’ün (2006) çalışmasında da eğitim grubunun anne-babalarına verilen “aile içi iletişim” eğitimi sonrasında ergenlerin % 78,0’inin aile içi ilişkilerinde olumlu yönde bir değişim meydana geldiği; eğitim sonrasında ergenlerin % 58,0’inin duygusal sağlıklarında da olumlu yönde bir değişim meydana geldiği bulunmuştur.

Aile bireylerinin birbirlerine karşı olan doğru yaklaşımlarda bulunmaları ve yaşadıkları sorunlara sağlıklı çözüm yolları bulabilmelerinde aile içi iletişimin sağlıklı olması gereklidir. Aile içi destekleyici iletişim, sosyal yetilerin gelişmesini ve ergenlerin pozitif kimlik kazanmasını sağlayan önemli bir faktördür. Kadınlara verilen aile içi iletişim eğitimleriyle aile içerisinde doğru bir fikir alışverişi olur ve ilişkilerin sağlıklı bir şekilde yürümesi kolaylaşır. Yetişkin eğitimlerinde de aile içi iletişim konusuna özel bir önem verilmelidir.

Katılımcıların demografik özelliklerine (yaş, medeni durum, öğrenim durumu) göre eğitim öncesi puan ortalamaları ile eğitim sonrası puan ortalamaları

arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Bkz. Çizelge 4). Tüm grupta eğitim sonrasında katılımcıların puan ortalamalarında % 61,45 düzeyinde bir artış meydana gelmiştir. Bu durum uygulanan eğitim programının farklı özelliklere sahip kursiyerlerde aynı etkiyi yarattığını göstermektedir.

Çizelge 4. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Halk Sağlığı Ön-Test ile Son-Test Puan Ortalamaları

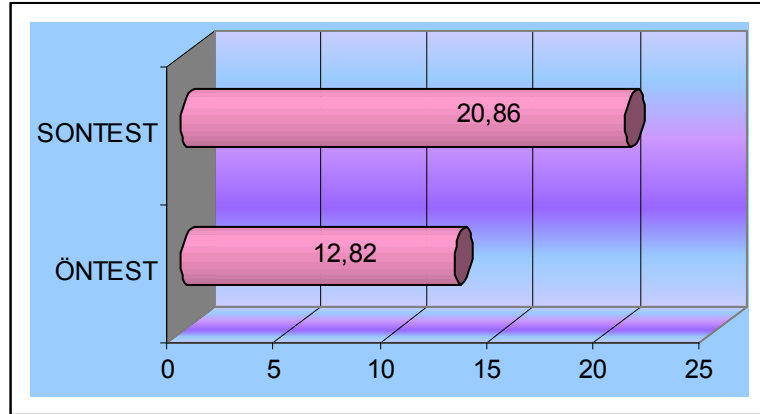
Demografik Özellikler	ÖN-TEST						SON-TEST				
	N	\bar{X}	S	S.d.	t	p	\bar{X}	S	S.d.	t	p
<i>Yaş Aralığı</i>											
15-24	14	13,14	1,91				20,50	3,18			
25 ve üzeri	9	12,33	3,12				21,44	1,74			
<i>Medeni Durum</i>											
Bekâr	10	13,20	2,04				20,80	3,58			
Evli ve dul	13	12,53	2,72				20,92	1,93			
<i>Öğrenim Durumu</i>											
İlköğretim mezunu	18	12,66	2,56				20,50	2,57			
Lise ve üzeri	5	13,40	1,94				22,20	3,03			

“Halk Sağlığı” konulu bir program geliştirme çalışmasının kırsal kesimde yaşayan kadınların sağlık davranışlarına olan etkilerinin saptanmaya çalışıldığı bu çalışmanın sonucunda, 20 gün süren programlı bir eğitim çalışmasının etkili olduğu görülmüştür. Kadınların eğitim öncesi puan ortalamaları ile eğitim sonrası puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur [$t_{(22)} = 13,52, p < .01$]. Eğitim öncesinde katılımcıların puanlarının ortalaması $12,82 \pm 2,42$ iken, verilen

eğitim sonrasında bu ortalamaları $20,86 \pm 2,70$ 'e yükselmiştir (Bkz. Çizelge 5, Şekil 22).

Çizelge 5. Katılımcıların ÖnTest-SonTest Sonuçları

	n	\bar{X}	S	S.d	t	p
ÖNTEST	23	12,82	2,42			
SONTEST	23	20,86	2,70	22	13,52	,000



Şekil 22. Katılımcıların ÖnTest-SonTest Sonuçları

Buraya kadar tartışılmaya çalışılan, halk sağlığı testinden elde edilen bulgular ve diğer çalışmalardan elde edilen sonuçlar kadınların halk sağlığı ile ilgili eğitim ihtiyaçlarını ortaya koymaktadır. Araştırma grubundaki kadınların büyük kısmı da bu ihtiyacın farkında olarak halk sağlığı ile ilgili bu kursa katılmak istediklerini belirtmişlerdir.

4. Eğitim Sürecine İlişkin Bulgular

Araştırmacının tuttuğu gözlem notlarına dayalı olarak eğitim sürecine ilişkin bulgular aşağıda yer almaktadır:

1. Eğitime 23 kadın katılmıştır. 23 kadının tamamı programı tamamlamıştır. Programdan ayrılanların olmaması programın kadınların ilgi ve ihtiyaçlarına dönük olduğunun bir göstergesi olarak kabul edilebilir.
2. Bir katılma engeli olarak, katılımcılardan bazılarının babalarının ve eşlerinin eğitime katılmalarına izin vermemesi durumu ile karşılaşmıştır. Bu durum toplumdaki erkek egemen bir yaklaşımın sonucu olarak kabul edilebilir. Araştırmacının katılımcı eş ve babalarıyla kurduğu güven verici iletişim sonucunda bu sorun çözümlenmiş ve katılımcıların eğitime devamı sağlanmıştır.
3. Eğitim programına başlamadan önce dersin içeriği ve amaçları hakkında bilgi verilmesinin programa ilgiyi artırdığı ve eğitim ihtiyaçları hakkında bir farkındalık geliştirdiği gözlenmiştir.
4. Katılımcıların kendi tanımladıkları ihtiyaçlarla ilgili konulara daha fazla ilgi gösterdikleri saptanmıştır. Bu durum “hissedilen ihtiyaçların” eğitim motivasyonunu artırdığı yönündeki görüşlerle tutarlıdır.
5. Özellikle genç kızların cinsel sağlık ve aile planlaması ile ilgili konulara daha fazla ilgi gösterdikleri görülmüştür. Bu eğitim önceliklerinin doğru belirlendiğinin bir göstergesi olarak anlaşılabilir.
6. Eğitim sırasında bazı katılımcıların, özellikle cinsel sağlıkla ilgili konularda yanlış bilgilere ve kültürel inançlara sahip oldukları görülmüştür. Örneğin, bir katılımcı kadın üreme sistemi konusu anlatılırken, kızkılık zarı türlerine karşı çıkmış, ilk cinsel ilişkide mutlaka kan gelmesi gerektiğini ifade etmiştir. Bir başka katılımcı aile planlaması yöntemlerinin kısırlığa yol açabileceğini söylemiştir. Kızıyla birlikte programa katılan bir katılımcı ise kızının cinsellikle ilgili konuları dinlemesinden rahatsızlık duyduğunu

belirtmiştir. Böylesi durumlarda bilgi ve inanışlara doğrudan karşı çıkılarak doğru bilgileri aktarmak yerine, bilgi ve inanışlar üzerinde yeniden düşünmeye ve farklı görüşleri dinleyerek etkileşmeye olanak sağlayan grup tartışması yönteminin etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

7. Grup içinde görüş bildirmeye ve soru sormaya çekinen katılımcıların, eğitim programı ilerledikçe, yaratılan güven ortamının etkisiyle daha katılımcı oldukları gözlenmiştir.

8. Eğitim sürecinde, katılımcıların kendi yaşam deneyimlerini diğerleri ile paylaşımlarına olanak verilmesinin olumlu öğrenme atmosferi yaratmada etkili olduğu görülmüştür.

9. Katılımcılara isimleri ile hitap etmenin yetişkinlerin kendilerine değer verildiği duygusunu yaşamalarına ve öz saygılarının gelişmesine katkıda bulunduğu yönünde izlenimler elde edilmiştir.

10. Oynanan oyunların, konu ile ilgili olarak anlatılan öykülerin, slayt vb. görsel materyallerin eğitim ortamını daha canlı hale getirmek ve ilgiyi artırmak açısından etkili olduğu gözlenmiştir.

11. Programın etkililiğini belirlemede, katılımcı tepkilerinin önemli olduğundan hareketle program hakkında görüş ve değerlendirmeleri yapmaları istendiğinde, katılımcıların tamamının olumlu geri bildirim verdiği gözlenmiştir. Katılımcılar tarafından “eğitim çok eğlenceliydi”, “bilmediğim çok şey öğrendim”, “çok güzeldi”, “yanlışlarımızı öğrendik”, “birbirimizi daha iyi tanıdık”, “fikirlerime saygı gösterildi”, “öğrenirken eğlendik”, “hikâyeler ve slaytlar çok güzeldi”, “akşamları evde öğrendiklerimi anlattım” ve “yaptığım yanlışları düzelttim” ifadeleri programın başarılı olduğunun bir göstergesi olarak kabul edilebilir.

12. Araştırmacının ulaştığı kanı, katılımcıların eğitim sonucunda kendilerinden daha emin davrandıkları, öz saygılarının geliştiği ve daha sonraki eğitimler için istekli oldukları yönündedir.

BÖLÜM V

Sonuç ve Öneriler

Bu bölümde araştırma bulgularına dayalı ortaya konan sonuçlar ve bu sonuçlara ilişkin öneriler ile bundan sonra yapılacak araştırmalara yönelik öneriler yer almaktadır.

Sonuçlar

Araştırmanın bulguları doğrultusunda ulaşılan sonuçlar özetlenerek aşağıda verilmiştir:

1. Kütahya İli Köprüören Köyü Halk Eğitim Merkezi'ne bağlı kurs yerinde odak grup görüşmesi yapılan ve eğitime katılmak isteyen 26 kursiyerden 3'ü eğitim programına katılamamıştır. "Halk Sağlığı" konulu sağlık eğitimi programına 23 kadın kursiyer ile başlanmış ve tüm kursiyerler eğitim programına devam etmişlerdir. Eğitime katılan kadın kursiyerlerin çoğunluğunu 15–24 yaş grubu, evli ve ilköğretim mezunları oluşturmaktadır. Evli olan katılımcıların büyük çoğunluğunun iki çocuğu bulunmaktadır.

2. Katılımcıların eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesinde TNSA (2008) verileri, katılımcıların odak grup görüşmesi sonucunda belirttikleri kendi gereksinimleri, ön-test sonuçlarından ortaya çıkan gereksinimler ile araştırmacı ve merkez yöneticilerinin katılımcıların almaya gereksinim duyduğu sağlık eğitimi konuları göz önünde bulundurulduğunda ortaya çıkan eğitim ihtiyaçları ile ilgili sonuçlar aşağıda sunulmuştur:

- TNSA (2008) verilerine göre kırsal kesimde yaşayan kadınların gereksinim duyduğu eğitim ihtiyaçları; kadın sağlığı, aile planlaması

yöntemleri, aile içi şiddet, doğum öncesi ve sonrası bakım ile yeterli ve dengeli beslenme konularıdır.

- Odak grup görüşmesi sonrasında katılımcılar kendi bildirimlerine göre eğitime ihtiyaç duydukları konuları, aile planlaması yöntemleri, kadın sağlığı, sigaranın zararları, ergenlik döneminin özellikleri, sağlıklı beslenme ve aile içi iletişim olarak sıralamışlardır;

- Katılımcılara uygulanan ön test sonuçlarına göre, eğitime katılmaya karar veren kadınların gereksinim duyduğu eğitim ihtiyaçları şunlardır; sağlık bilgisi, yeterli ve dengeli beslenme, sağlığa zararlı alışkanlıklar, kadın sağlığı ve aile planlaması.

- Araştırmacı ve merkez yöneticilerinin görüşlerine göre, katılımcıların almaya gereksinim duyduğu sağlık eğitim konuları kişisel hijyen, meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesidir.

3. Eğitim programının uygulanması aşamasında ulaşılan sonuçlar aşağıda kısaca özetlenmiştir:

- Eğitim öncesinde katılımcılara eğitimin içerik ve amaçlarının anlatılması ile program hakkında kısaca bilgi verilmiş, eğitim sonunda katılımcılarda oluşturulması düşünülen tutum ve davranış değişiklikleri ortaya konulmuştur. Eğitimlere başlamadan önce ısınma oyunlarının oynanması ile katılımcıların programa daha fazla ilgi gösterdikleri gözlenmiştir. Eğitimlere katılımcılardan bazılarının babalarının ve eşlerinin eğitime katılmalarına izin vermemesi engeli ile karşılaşmış, bu kişilerle güven verici iletişim kurularak eğitimin içeriği hakkında bilgi verilmiş ve katılımcıların eğitime devamları sağlanmıştır. Eğitimler esnasında bireysel farklılıklar dikkate alınmış, katılımcıların ilgi, istek ve ihtiyaçlarına önem verilmiştir. Katılımcılar eğitim sırasında cinsel sağlık ve aile planlaması ile ilgili konulara daha fazla ilgi göstermişlerdir. Bazı katılımcıların, özellikle cinsel sağlıkla ilgili konularda yanlış bilgilere ve kültürel inançlara

sahip oldukları görülmüştür. Eğitim programı ilerledikçe, katılımcılarla daha rahat iletişim kurulmuş, katılımcılar deneyimlerini daha rahat bir şekilde paylaşmışlardır. Katılımcıların eğitime etkin katılımları sağlanmış, sorular sorularak anında geri bildirimler verilmiştir. Konular işlenirken katılımcılardan gerçek yaşamdan örnekler bulmaları istenmiş, her katılımcının deneyimlerine değer verilmiştir. Dersin işlenmesine katkı sağlayacak her türlü materyalden yararlanılmış, eğitim ortamı zenginleştirilmiştir. Eğitim sırasında interaktif eğitim yöntemlerinin kullanılması ile katılımcıların eğitime aktif katılımlarının sağlandığı gözlenmiştir.

4. Eğitim programının değerlendirilmesi aşamasında ulaşılan sonuçlar aşağıda sunulmuştur:

- Çalışmanın sonucunda, 20 gün süren programlı eğitim çalışmasının etkili olduğu görülmüştür. Eğitime katılan kursiyerlerin ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel yönden önemli bir farklılık bulunmuştur [$t_{(22)} = 13,52, p < .01$].
- Katılımcılara “Sağlığın Temel Kavramları” konusu ile ilgili yalnızca “Sizce sağlıklı olma durumu nasıl bir şeydir?” sorusu sorulmuş, bu sorunun ön test ve son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık meydana gelmiştir.
- Eğitim sonrasında katılımcıların en fazla kadın sağlığı ve aile planlaması konularıyla ilgili bilgi düzeylerinde bir artış meydana gelmiştir. Katılımcılara bu konularla ilgili olarak toplam 12 soru sorulmuş, aşağıdaki soruların ön test ve son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık meydana gelmiştir:
 - “Kaç günde bir adet görmek normaldir?”
 - “Aile planlamasından ne anlıyorsunuz?”
 - “Aile planlaması yöntemlerinden hangisi cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korur?”

- “Doğum kontrol haplarını kullanmaya karar veren biri, bu hapları ne zaman kullanmaya başlamalıdır?”
 - “Tüplerin bağlanması yönteminden sonra tekrar gebe kalınabilir mi?”
- Katılımcılara “Yeterli ve Dengeli Beslenme” konusu ile ilgili olarak toplam 6 soru sorulmuş, aşağıdaki soruların ön test ve son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık meydana gelmiştir:
- “Temel besin gruplarımız nelerdir?”
 - “Kalsiyum bakımından zengin olan besin grubu hangisidir?”
 - “Kemik erimesinin belirtileri nelerdir?”
- Katılımcılara “Sağlık ve Öz Bakım” ilişkisi ile ilgili olarak toplam 2 soru sorulmuş, aşağıdaki soruların ön test ve son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık meydana gelmiştir:
- “Ağız bakımına dikkat edilmediğinde görülebilecek en temel sağlık sorunu nedir?”
 - “Tuvalet temizliği ne şekilde yapılmalıdır?”
- Katılımcılara “Sağlığa Zararlı Alışkanlıklar” konusu ile ilgili olarak toplam 2 soru sorulmuş, bu sorulardan ikisinde de istatistiksel olarak bir artış gözlenmemiştir.
- Katılımcılara “Aile İçi İletişim” konusu ile ilgili olarak toplam 2 soru sorulmuş, aşağıdaki soruların ön test ve son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık meydana gelmiştir:
- Kişinin kendisini karşısındakinin yerine koyarak ne hissettiğini anlamaya çalışmasına ne ad verilir?”
 - “Aşağıdakilerden hangisi iletişimde kullanılan doğru bir yaklaşımdır?”

- Eğitim sonunda katılımcıların tepkileri de değerlendirilmiş; tamamının olumlu geri bildirim verdiği gözlenmiştir.
- Eğitime katılanların demografik özelliklerine göre ön test ile son test puan farklarında, halk sağlığı toplam puanları arasında istatistiksel yönden önemli farklılık bulunmamıştır. Uygulanan eğitim programı farklı özelliklere sahip kursiyerlerde aynı etkiyi yaratmıştır.

Öneriler

1. Araştırma Bulguları ile İlgili Öneriler

- Kadın ve halk sağlığı ile ilgili tutumlar ve sağlığı koruma ile ilgili davranışları belirlemeye yönelik katılımcıların gerçek gereksinimlerine dayalı sorunlarına yanıt verecek ihtiyaç analizi çalışmaları yapılmalı, bu çalışmalar yapılırken sağlık göstergeleri de göz önünde bulundurulmalıdır.
- Kadınlara verilen programlı bir eğitim çalışmasının etkili olduğu sonucuna dayanılarak; kadın sağlığı konusunda yetişkin eğitimi ilkelerinin uygulandığı programlar yapılarak tüm halk eğitim merkezlerinde yaygınlaştırılmalıdır.
- Yetişkinlerin farklı öğrenme özelliklerinin olduğunun bilinmesi eğitimde başarıyı artırmak açısından çok önemlidir. Bu nedenle program uygulayıcılarının yetişkinlere verilen eğitimlerde yetişkin öğrenmesinin dayandığı temel ilkeleri bilmesi; yetişkin eğitimi ilkelerine dayalı eğitim programlarını benimsemesi ve uygulaması sağlanmalıdır.
- Halk sağlığı ile ilgili konuların yalnızca kadınları değil, erkekleri de ilgilendirmesi ve ayrıca eğitim programlarına katılan kadınların çoğu kez eşlerinin veya babalarının desteğini almaları gerektiğinden bu programların erkekleri de kapsamına çalışılmalıdır.
- Eğitim etkinliği için daha fazla sayıda oturum düzenlenip, eğitime katılan kadınların istekleri doğrultusunda eğitimin içeriği zenginleştirilebilir.
- Kadın sağlığı eğitim ihtiyacını belirlemek üzere yapılan çalışmalar, farklı özelliklere sahip kişilerin devam ettiği halk eğitimi merkezlerini de içeren daha büyük gruplarla uygulanabilir.

- Kadın sağlığı ve cinsel sağlıkla ilgili ön yargılar, boş inançlar, gelenek ve göreneklerden kaynaklanan ayırimcılık, aşaağılanma ve yanlış davranışların yok edilmesi için geniş bir bilgilendirme ağı ve yoğun kamuoyu oluşturulmalıdır.
- Kadının toplumsal statüsü gelişmeden, iyileşmeden, kız çocuğu veya kadınla ilgili kültürel-geleneksel bakış açılarının yalnızca sözel yaklaşımlarla değişmeyeceği gerçeği, eğitimi kesim tarafından kavranarak, kadının statüsünü geliştirici önlem ve uygulamalara hız verilmelidir.
- Genç kızlık döneminin sağlıklı gelişmesi için çeşitli fizyolojik-hormonal olaylardan çok önce genç kızlar bilgilendirilmeli, bedenlerini ve fonksiyonlarını öğrenmelidirler.
- Kadınların ruhsal, fiziksel ve jinekolojik açıdan tam olarak sağlıklı olabilmeleri için merkezler, danışmanlık kurumları oluşturulmalı, evlilik öncesi hazırlık, evlilik içi sorunlara ve dul ya da yalnız yaşayan kadınların ruhsal sorunlarına yanıt verebilecek birimler kurulmalıdır.

2. Araştırma Önerileri

Bu çalışma ile kırsal kesimde yaşayan kadınlara verilecek halk sağlığı eğitiminin hem onlar hem de aileleri için her zaman yararlı olacağı bir kez daha vurgulanmak istenirken, ilerde yapılacak çalışmalar için şu önerilerde bulunulabilir:

- Kırsal kesimde yaşayan erkekleri kapsayan benzer çalışmalar yapılarak, sonuçlar karşılaştırılabilir.

- Bu çalışma il merkezindeki kurslara devam eden kadınlarla yapıp, sonuçlar karşılaştırılabilir.
- Kadın sağlığı ile ilgili tutumlar ve sağlığı koruma ile ilgili davranışları belirlemeye yönelik araştırmalar, Türkiye genelindeki tüm halk eğitimi merkezlerinde yaygınlaştırılmalıdır.

KAYNAKÇA

- Adem, M. (1993). Kalkınmada Kadın Eğitimi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi. Cilt 26. (2).*
- Akdağ, R. (2007). *Nereden Nereye Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını.
- Akşit, B.T. (1992). *Medikal Araştırmalarda Etik Konusu Üzerine Bazı Görüşler ve Tartışma Noktaları*. Türk Tabipler Birliği Sağlık Kongresinde sunuldu, Ankara.
- Alkan, C. (1983). Eğitimde Program Geliştirme Yöntemi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi. Cilt 16. (2), 39-40.*
- Alma-Ata Bildirisi. (6-12 September 1978). Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Konferansı. Alma-Ata, Kazakistan.
- Ataay, F. (2005). Kamu Hizmetlerinin Metalaştırılması ve Sağlıkta Yansımaları. *Toplum ve Hekim Dergisi. Cilt 20. (1), 70.*
- Atlı, Ö. (2002). *Yetişkin Kadınların Meme Kanserine Yönelik Bilgi Düzeyleri ve Risk Algılamaları İle Kendi Kendine Meme Muayenesi Eğitiminin Değerlendirilmesi*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Baysoy, N.G. (2007). *Üniversite Öğrenimi Sırasında Öğrencilerin Sağlık Riskleri Konusundaki Bilgi, Tutum, Davranışlarındaki Değişim*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Bertan, M., Güler, Ç. (1997). *Halk Sağlığında Temel Bilgiler*. Ankara: Güneş Kitabevi,
- Bensley, R.J., Brookins, F. J. (1998). *Community Health Education Models*. Michigan: Balance Group Publishers.
- Bilen, M. (1996). Plandan Uygulamaya Öğretim. Ankara: Aydan Web Tesisleri.
- Bilir, M. (2003). Köy Enstitüleri Sisteminde Toplum Kalkınması Süreci. *Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. (10), 5.*
- Bilir, M. (2004). Kentleşme Sürecinde Yetişkinlerin Eğitim Gereksinimi: Ankara Mamak İlçesi, Tuzluçayır Semt, Ege Mahallesi Örneği. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi. Cilt 37. (1), 98-121.*
- Billingham, K. (1999). *Chancing View of Health and Public Health. Public Health Reports. Vol: 114, 232.*
- Bircan, İ. (1992). Güneydoğu Anadolu Bölgesinde Kadınların Beceri ve Gelir Düzeylerinin Yükseltilmesi. UNICEF, Türkiye.
- Bloom, B.S., Hastings, J.T., Maduas, G.F. (1971). *Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning*. New York: McGraw Hill Book Co.p. 6.

- Bodur, S., Kurt, Ö. (1997). Kırsal Alanda Toplumun Sağlık Hizmetleri ile İlgili Tutumu (Altinekin Örneği). *Genel Tıp Dergisi*. 7(1).
- Bosseher, J. (1987). Extension Work Towards Peasant Women in Southeast Turkey, Wageningen-Holland, Agricultural University. *Departments of Extension Education and Household Seiences*. July, 5.
- Brewerton, P., Millward, L. (2001). *Organizational Research Methods: A Guide for Students and Researchers*. London: Sage.
- Bülbül, S. (1991). *Yetişkin Eğitimi*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Caffarella, R.S. (1994). *Planning Programs for Adult Learner*. San Francisco: Jossey Bass Publisher.
- Caporal, B. (1982). *Kemalizm'de ve Kemalizm Sonrasında Türk Kadını*. Ankara: Tisa Matbaası.
- Caswell, H. L. and Campbell D. (1935). *Curriculum Development* (p.66). New York: American Book Company.
- Celep C. (1995). *Halk Eğitimi*. (2. Basım). Ankara: Pegem A Yayıncılık.
- Cevizci, A. (2000). *Felsefe Sözlüğü* (s.564). İstanbul: Paradigma Yayınları.
- Çağlayaner, H. (1995). *Temel Kavramlar ve Tarihsel Perspektif Aile Hekimliği*. (1. Baskı). İstanbul: İletişim Yayınları.
- Çaha, Ö. (1996). *Sivil Kadın*. İstanbul: Vadi Yayıncılık.
- Çalışkan, D., Çöl, M., Akdur, R., Yavuzdermiş, Ş., Yavuz, Y. (1996). Park Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 15 - 49 Yaş Grubu Kadınlarda Vajinal Duş Sıklığı ve Etkili Faktörler Üzerine Çalışma. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. Cilt 49. (2), 73-80.
- Çiftçioğlu, G. (2009). *İleri Doğurganlık Yaşındaki Evli Kadınların ve Eşlerinin Aile Planlamasına Yönelik Tutumları ve Bu Konuda Verilen Eğitimin Etkisinin Değerlendirilmesi (Mardin/Kızıltepe Örneği)*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin.
- Değirmenci, Ş. (2000). *Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesindeki 25-64 Yaş Grubu Kadınların Obezite ile İlgili Bilgi Düzeyleri, Günlük Yaşam Alışkanlıkları ve Obezite Görülme Sıklığı*. Bilim uzmanlığı tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Demirel, Ö. (2008). *Kuramdan Uygulamaya Eğitimde Program Geliştirme*. (11. Baskı). Ankara: Pegem A Yayıncılık.
- Depe, Y., Ayten, Ş. (2006). Erkeklerin Aile Planlamasına İlişkin Görüş ve Davranışları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 10 (3).
- Dignan, M.B. and Carr, P.A. (1992). *Program Planning for Health Education and Promotion*. Williams and Wilkins, Baltimore.

- Dikici, M. F., Kartal, M., Alptekin, S., Çubukçu, M., Ayanoğlu, A.S., Yarış, F. (2007). Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Science*. 27 (3), 412-418.
- Dirican R, Bilgel N. (1993). *Halk Sağlığı*. Bursa: Uludağ Üniversitesi Basımevi.
- Doğan, H. (1975). Program Geliştirmede Sistem Yaklaşımı. *Ankara Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. Cilt 7. (14), 36.
- Doll, R.C. (1986). *Curriculum Improvement: Decision Making and Process* (p.8). (6th Edition). Boston: Allyn and Bacon.
- Duman, A. (1999). *Yetişkinler Eğitimi*. Ankara: Ütopya Yayınevi.
- Duran, Ö. (2008). *Kendi Kendine Meme Muayenesi İle İlgili Verilen Planlı Eğitimin Kadınların Sağlık İnançları ve Algılanan Sağlık Durumlarına Etkisi*. Yayımlanmamış doktora tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
- Ecevit, M.C. (1999). *Kırsal Türkiye'nin Değişim Dinamikleri Gökçeada Köyü Monografisi*. T.C. Kültür Bakanlığı Yayınları/2310. Yayınlar Dairesi Başkanlığı Kültür Eserleri Dizisi/247. Ankara: Neyir Matbaası.
- Ege, E., Timur, S., Zincir, H. (2005). Ebelik Son Sınıf Öğrencilerinin Aile Planlaması Eğitimi Etkinliğinin Değerlendirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, Cilt 14. (9), 202-207.
- Ege, E., Eryılmaz, G. (2006). Kadınlara Verilen Planlı Eğitimin Genital Hijyen Davranışlarına Etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, Cilt 9. (3), 8-16.
- Ekiz, D. (2003). *Eğitimde Araştırma Yöntem ve Metotlarına Giriş: Nitel, Nicel ve Eleştirel Kuram Metodolojileri*. Ankara: Anı Yayıncılık.
- Elik, Z. (2006). *Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulamaları Üzerine Etkisi*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli.
- Emiroğlu, C. (2004). Sosyal Güvenlik Hakkı, Genel Sağlık Sigorta Sistemi ve Sağlıkta Dönüşüm. *Özgürlük Dünyası*. Nisan, 41-64.
- Erden, M. (1993). *Eğitimde Program Değerlendirme*. Ankara: Personel Geliştirme Merkezi Yayınları.
- Erefe, İ. (1998). *Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı*. (1. Baskı). İstanbul: Vehbi Koç Vakfı Yayınları.
- Eren, N. (1982). *Alma-Ata Bildirgesi ve Türkiye'de Sağlık Hizmetleri*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Bölümü Yayını, No:18.
- Ersin, F. ve ark. (2003). Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumları ve Yöntem Bırakma Nedenleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. Cilt 5. (1), 30-37.
- Ersin, F. (2008). *Gençlere Verilen Üreme Sağlığı Eğitiminin Üreme Sağlığı Bilgi ve*

Davranışlarına Etkisi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

- Ertürk, S. (1979). *Eğitimde Program Geliştirme*. Ankara: Yelkentepe Yayınları.
- Eryavuz, M. ve ark. (2002). Türkiye Osteoporoz Derneği Osteoporozu Olan Türk Kadınlarında Karakteristik Özellikler; Çok Merkezli Çalışma. *Osteoporoz Dünyasından*. (8), 21-26.
- Fişek N. (1983). *Halk Sağlığına Giriş*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi-WHO Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını, No: 2.
- Ford, K., Wirawan, D.N., Suastina, W., Reed B.D., Muliawan, P. (2000). Evaluation of a Peer Education Programme for Female Sex Workers in Bali, Indonesia. *International Journal of STD&AIDS*. (11), 731-733.
- Foster, P. and Shefields, J. (1973). *General Introduction. Education and Rural Development* (p. 11). London.
- Geray, C. (1999). Kırsal Kalkınma Yöneltileri, İlçe Yerel Yönetimi ve İlçe Köy Birlikleri. *Ç.Y.D.C.8*, (2), 63.
- Geray, C. (2002). *Halk Eğitimi*. (Güncelleştirilmiş 3.Baskı). Ankara: İmaj Yayınları.
- Glanz, K., Rimer, B. K, Lewis, F. M. (2002). *Health Behaviour and Health Education*. (3rd Edition). Jossey-Bass.
- Good, C. (1973). *Dictionay of Education* (p.157). (3rd Edition). New York: Mc Graw-Hill.
- Goto, A., Yasumura, S., Reich, M. R. (2002). Factors Associated with Unintended Pregnancy in Yamagata. *Social Science & Medicine, Japan*. (54), 1065-1079.
- Gökçora, İ.H. (2007). Kulluktan Özgür Bireye: Üretken Eğitim ve Aydınlanma Yolunda Köy Enstitüleri. *Üniversite ve Toplum: Bilim, Eğitim ve Düşünce Dergisi. Cilt 7*. (1).
- Gölbaşı, Z., Levent, S. (2007). Bir Halk Eğitim Merkezinde Yürütülen Sağlık Eğitimi Uygulamalarının Kadınların Sigarayı Bırakma Davranışları Üzerindeki Etkinliği. *Bağımlılık Dergisi*. (8), 121-126.
- Gönen, E. ve Özgen, Ö. (1993). İnsan Kapitaline Yatırım. Ankara: Ankara Üniversitesi Ziraat Fakültesi Yayınları: 1304, Derleme: 57.
- Green L.W. (1998). *Prevention and Health Education*, In: Robert B. Wallace (Ed.). Maxcy-Rosenau-Last Public Health & Preventive Medicine. Appleton & Lange A Simon & Schuster Company, Stamford, Connecticut.
- Gronland, N. (1981). *Measurement and Evaluation in Teaching* (p.126). New York: Macmillan Pub.Co.
- Güler, Ç. (1987). *Sağlık Eğitimi*. (3. Baskı). Ankara: Hatiboğlu Yayınevi.
- Güler, H. (1987). *Lohusalıkta Anneye Verilen Sağlık Eğitiminin Annenin Doğum*

Sonrası Döneme İlişkin Bilgi Düzeyine Etkisinin İncelenmesi.

Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.

- Güneş, F. (1996). *Yetişkin Eğitimi (Halk Eğitimi)*. Ankara: Ocak Yayınları.
- Güven, İ. (1998). Ahmet Rıza'nın Kadın Eğitimine İlişkin Görüşleri. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, Cilt 31. (1).
- Güvercin, C. H., Aksu, M., Arda, B. (2004). Köy Enstitüleri ve Sağlık Eğitimi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* Cilt 57, (2); 97-103.
- Healty People 2010: *Understanding and Improving Health*. US Department of Health and Human Services. (2nd Edition). Washington: DC: US Government Printing Office, November 2000.
- ICED. (1974). Building New Educational Strategies to Serve Rural Children and Youth (p.101).
- Ingalls, J. (1973). A Trainers Guide to Andragogy, Revised Ed., U.S. Department of Health Education and Welfare, Health Care Financing Administration, Washington D.C.
- İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı. (1968–1972). Ankara: T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı.
- Johnson, M. (1967). Definitions and Models in Curriculum Theory. *Educational Theor*, 17, 2, 130.
- Karakaya, Ş. (2004). *Eğitimde Program Geliştirme Çalışmaları ve Yeni Yönelimler*. Ankara: Asil Yayın Dağıtım Ltd.Şti.
- Karakoç F. (5-6 Mayıs 2005). *Toplumsal Cinsiyet Eşitliği ve Ulusal Mekanizmanın Rolü*. III. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumunda sunuldu, Manisa.
- Karaman, Y. (1994). Planlı Dönemde Kadın Eğitimi Politikamız. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*. Cilt 27. (1).
- Karasar, N. (2005). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım Ltd.Şti.
- Kazgan, G. (1982). *Türk Toplumunda Kadın: Türk Ekonomisinde Kadınların İşgücüne Katılması, Mesleki Dağılımı, Eğitim Düzeyi ve Sosyo Ekonomik Statüsü*. (2. Basım). (Der. N.Abadan-Urat). İstanbul: Kent Basımevi.
- Kitzinger J. (1994). The Methodology of Focus Groups: The Importance of Interaction Between Research Participants. *Sociology of Health*. 16, 1, 103-121.
- Knowles, M. (1996) *Yetişkin Öğrenenler: Gözardı Edilen Bir Kesim*. (4.Baskı). (Çev. S. Ayhan). Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Kocaman G. (2003). 1980 Sonrası Türkiye'de Sağlık Politikaları ve Hemşireliğe

Yansımaları. Ankara: HEMAR-GE.

Koçer, H.A. (1972). Türkiye'de Kadın Eğitimi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*. Cilt 5. (1).

Kowalski, T.J. (1988). *The Organization and Planning of Adult Education*, State University of New York Pres.

Köy Kanunu. (1924). Kanun Numarası: 442. Kabul Tarihi: 18.03.1924. Resmi Gazete Tarihi: 07.04.1924. Resmi Gazete Sayısı: 68.

Kümbetoğlu B. (2005). *Sosyolojide ve Antropolojide Niteliksel Yöntem ve Araştırma. İnceleme-Araştırma* (1. Baskı). İstanbul: Bağlam Yayınları.

Lowe, J. (1985). *Dünyada Yetişkin Eğitime Toplu Bakış*. (Çev. T. Oğuzkan). Ankara: UNESCO Türkiye Milli Eğitim Komisyonu.

Lyon, E.F. and Trost, J. (1981). *Conducting Focus Group Sessions. Studies in Family Planning*. Part 1. (p. 443-449).

Mager, R. F. (1996). *Eğitim Amaçlarının Hazırlanması*. (Çev. O. Yarahöğlü). İzmir, H.T.O.K.K. Basımevi. (Eserin orijinali 1984'te yayımlandı).

Malatyaloğlu, N. (1991). *Erzincan İli Merkez İlçesi Köylerindeki Evli Kadınların Beslenme Bilgi Düzeyleri ile Yiyecek Hazırlama, Pişirme ve Saklama Uygulamaları Üzerine Bir Araştırma*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Malkoç, G. (1996). *Yetişkin Kadınların Öğrenme İhtiyaçları ile Halk Eğitim Merkezlerindeki Faaliyetlere Katılma Amaçları*. II. Ulusal Eğitim Sempozyumunda sunuldu, İstanbul.

McMurray, A. (1993). *Community Health Nursing*. (2nd Edition). Churchill Livingstone Press.

Merey, S. (2002). *Kadınlarda Meme Kanseri Tarama Davranışları*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Milli Eğitim Bakanlığı. (1946). *Cumhurbaşkanları, Başbakanlar ve Milli Eğitim Bakanlarının Milli Eğitim ile İlgili Söylev ve Demeçleri*. Cilt I-II-III. Ankara: Milli Eğitim Basımevi.

Millward, L. (1995). Contextualising Social Identity in Considerations of What it Means to be a Nurse. *European Journal of Social Psychology*. 25.

Miser, R. (1999). Kalkınma, Toplum Kalkınması Yöntemi ve İnsanın Gelişimi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*. Cilt 32. (1).

Monette, N. (1979). Need Assesment: A Critique of Philosophical Assumptions, *Adult Education*. 19, 83.

Oberg, A.A. (1991). *Curriculum Decissions, International Encyclopedia of Curriculum* (p.303).New York: Oxford.

Okçabol, R. (1996). Halk Eğitimi. (2. Basım). İstanbul: Der Yayınları.

- Ottawa Şartı. (17-21 November 1986). *Yeni Bir Halk Sağlığına Doğru Hareket*. Canada: Ottawa, Ontario.
- Ozankaya, Ö. (1980). *Toplumbilim Terimleri Sözlüğü*. Ankara: TDK.
- Özcebe, H. (2000). *Kırsal Alanda Adölesan ve Gençlerin Üreme Sağlığı Konusunda Bilgi Düzeyinin Saptanması ve Bilgi Düzeyinin Artırılması İçin Bir Müdahale: Adölesan ve Genç Sağlık Gönüllüsü*. Yayınlanmamış doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Özgüven, İ. E. (1980). *Görüşme İlke ve Teknikleri*. Ankara: İleri Matbaası.
- Özvarış, Ş.B. (2001). *Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme*. Ankara: Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayınları.
- Öztek, Z. (2007). *Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Görüş ve Öneriler Raporu*. Ankara: Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) Yayını.
- Öztürk, S. (2006). *Aile İçi İletişimin Ergenin Duygusal Sağlığına Etkisi (Keçiören İlçesi Örneği)*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Pasinlioğlu, T., Bülbül, F. (2003). Çiftlerin Aile Planlaması Yöntemlerini Bırakma Nedenleri. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. Cilt 6. (2), 40-48.
- Patton, M. Q. (1987). *How to Use Qualitative Methods in Evaluation*. Newbury Park, CA: Sage.
- Peerson A, Saunders M. (2009). Health Literacy Revisited: What Do We Mean and Why Does It Matter? *Health Promotion*. 1April 16.
- Rasooly, A.S. (1992). *Evli Kadınların Gebelikten Korunma Yöntemlerine İlişkin Bilgi Düzeyleri*. Bilim uzmanlığı tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Rudd R, Kirsch I, Yamamoto K. (2004). Literacy and Health in America. Policy Information Report, Policy Information Center. *Educational Testing Service. Princeton*. (2-3), 42.
- Saçaklıoğlu F. (2005). Pazar Dinamikleri Tıp Eğitimi ve Hekimleri Nasıl Etkiliyor? *Gizli Müfredat*. Cilt 20. (4), 242-246.
- Salas, I. (1973). Education in Latin America Between its Past and its Future. *Prospects*, 3, 1, 71.
- Saltık, A., Dersan, N., Fazlıoğlu, A., Okdemir, S., Çakaloz, B. ve Kapucu, A. (1994). *GAP Bölgesinde Kadının Statüsü ve Kalkınma Sürecine Entegrasyonu Araştırması*. T.C. Başbakanlık Güneydoğu Anadolu Projesi Bölge Kalkınma İdaresi Başkanlığı. Ankara: Afşaroğlu Matbaası.
- Saroj P, Rajesh K, Indarjeet W, Arun K. A. (2005). Reproductive Health Education Intervention Trial. *Indian Journal of Pediatrics*. Volume 72. 287-292.

- Schöning-Kalender, Claudia (1982). *Türkinnen*, in : H.-G. Wehling (Redaktion): *Die Türkei und die Türken in Deutschland* (p.72-84). Stuttgart.
- Selvi, K. (2000). *Öğretim Amaçlarının Belirlenmesi*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları No: 1252.
- Smyke, P. (1991). *Women and Health*. London: Zed Books Ltd.
- Şanlıer, N., Özgen, L. (2005). Öğrencilere Farklı Yöntemlerle Verilen Eğitimin Ağız-Diş Sağlığı ve Beslenme Üzerine Etkisi. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*. Cilt 3. (3), 351-365.
- Şirin, A. (2008). *Kadın Sağlığı*. İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık.
- Taba, H. (1962). *Curriculum Development: Theory and Practice* (p.11). New York: Harcourt, Brace and World.
- Taba, H. (1967). *Teachers' Handbook For Elementary Social Studies*. USA: Addison-Wesley Publishing Company.
- Tabak, R.S. (2004). *Sağlık Eğitimi*. Ankara: Somgür Yayıncılık.
- Tallinn Charter. (25-27 June 2008). *Health Systems for Health and Wealth*. Tallinn, Estonia.
- Tan, M. (1979). *Kadının Ekonomik Yaşamı ve Eğitimi*. Ankara: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.
- Tan, M. (1994). Toplumsal Değişim ve Eğitim: Kadın Bakış Açısından. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*. Cilt 27. (1).
- Taşdemir, M. (2000). *Eğitimde Planlama ve Değerlendirme (Program, Öğretim, Yönetim ve Değerlendirme)*. Ankara: Ocak Yayınları.
- Tekeli, Ş. (1995). *1980'ler Türkiye'sinde Kadın Bakış Açısından Kadınlar*. (3. Baskı). İstanbul: İletişim Yayınları.
- The World Health Report. (2002). *Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva, World Health Organization.
- Tolan, B. (1991). *Aile, Cinsiyet ve Cinsel Roller* (s.208-214). Türk Aile Ansiklopedisi 1.
- Tonguç, İ.H. (1938). *Köyde Eğitim*. T.C. Kültür Bakanlığı İlkokul Öğretmen Kılavuzları, İstanbul Devlet Basımevi, No:8.
- Tuncel, N., Şanlı, T., Müeyyet, P. (1998). Türkiye'de Halk Sağlığı Profili Ön Rapor Özeti, Halk Sağlığı Yöneticileri 7. Semineri.
- Tunç, S. (1969). *Türkiye'de Eğitim Eşitliği*. Ankara: Ankara Üniversitesi Eğitim Fakültesi Yayınları.
- Turan, S. (2002). *2001-2002 Öğretim Yılında Mamak Halk Eğitim Merkezi'ne Devam*

Eden Kadın Kursiyerlere Yönelik "Kadın Sağlığı" Konusunda Program Geliştirme Çalışması. Bilim uzmanlığı tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

- Turgut, M.F. (1997). *Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme Metotları.* (10. Baskı). Ankara: Yargıcı Matbaası.
- Turhan, M.S.(2005). *Avrupa Birliği Üyeliği Yolunda Türkiye Kırsal Kalkınma Tedbirleri Uygulama , Süreci.* Uzmanlık tezi, T.C. Tarım ve Köyişleri Bakanlığı Dış İlişkiler ve Avrupa Topluluğu Koordinasyon Dairesi Başkanlığı, Ankara.
- Türkdoğan, O. (2006). Türkiye’de Köy Sosyolojisi. IQ Kültür Sanat Yayıncılık: 192. Araştırma İnceleme Dizisi: 150, İstanbul.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2008). Özet Rapor, Mart 2009. Web: <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/> adresinden 29 Mart 2010’da alındı.
- Ungan, M., Tümer, M. (2001). Turkish Women’s Knowledge of Osteoporosis. *Family Practice. Volume 18.* (2), 199-203.
- Ural, O. (1999). *Yetişkin Eğitimi Etkinliklerine Katılmama Nedenlerine Yönelik Bir Ölçek Geliştirme Çalışması.* IV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresinde sunuldu, Eskişehir.
- Uysal, M. (2009). Yetişkin Eğitiminde Program Planlama., M. Uysal ve A. Yıldız. (Editörler). *Yetişkin Eğitimi: Kuramdan Uygulamaya.* İstanbul: Kalkedon Yayınları, ss.199-228’deki makale.
- Uzun, E., Kişioğlu, M. (2007). Bir Meslek Yüksek Okulunda Okuyan Öğrencilerin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklarla İlgili Bilgi Durumları. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. Cilt 14.* (3), 7-12.
- Ülkü, S. (2010). *Kütahya İli Yenidoğan Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15-49 Yaş Grubundaki Kadınların Vajinal Duş Uygulamalarına Sağlık Eğitiminin Etkisi.* Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.
- Variş, F. (1996). *Eğitimde Program Geliştirme Teoriler Teknikler.* (6. Baskı). Ankara: Alkım Yayıncılık.
- Viyana Bildirisi. (16-18 Şubat 1994). *Kadın Sağlığının Değeri: Orta ve Doğu Avrupa’da Kadın Sağlığı Konferansı.* Viyana, Avusturya.
- Vural, B.K., Taşpınar, A. (2006). Sağlık Politikaları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. Cilt 22.* (1), 305-318.
- WHO, Health 21- Health for All in the 21st Century, (1999). World Health Organization, Regional Office for Europe, European Health for All Series No:6, Copenhagen.
- World Bank. (2003). *Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency I-II,* Report No. 24358-TU, Human Development Sector Unit, The World Bank, New York.

Yağmur, Y. (2007). Malatya İli Fırat Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 15-49 Yaş Kadınların Genital Hijyen Davranışları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. Cilt 6. (5), 325-330.

Yalın, H.İ. (2002). *Öğretim Teknolojileri ve Materyal Geliştirme*. (7. Baskı). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

Yıldırak, N. (2003). *Köy Kadınlarının Sosyo-ekonomik ve Kültürel Konumları*. İstanbul: Friedrich Ebert Vakfı Araştırma Sonuçları.

Yıldırak, N., Gülçubuk, B., Gün, S., Olhan, E., Kılıç, M. (2002). *Türkiye’de Gezici ve Geçici Kadın Tarım İşçilerinin Çalışma ve Yaşam Koşulları ve Sorunları*. Ankara: Uluslararası Çalışma Örgütü Türkiye Temsilciliği.

Yıldırım, A., Şimşek, H. (2006). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.

EKLER**EK 1: Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Test Uygulama İzni**

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRLÜĞÜ
06590 ANKARA



21.12.2010* 4738

Sayı : B.30.2.ANK.0.45.72.00/302-08-014
Konu : Test Uygulama İzni

ANKARA

..... / / 20...

MİLLİ EĞİTİM BAKANLIĞI
KÜTAHYA İL MİLLİ EĞİTİM MÜDÜRLÜĞÜNE
(İstatistik Bölümü)

Enstitümüz Yaşam Boyu Öğrenme ve Yetişkin Eğitimi Anabilim Dalı/Halk Eğitimi doktora programı öğrencisi Sultan GÜÇLÜ'nün, Prof.Dr.Meral UYSAL danışmalığında yürüttüğü "Halk Sağlığı' Konulu Bir Programın Kırsal Bölgelerde Yaşayan Kadınların Sağlık Davranışlarına Etkisi" konulu tez çalışması ile ilgili olarak iliniz halk eğitim merkezine bağlı Köprüören Köyü'ndeki kurs yerinde 'Halk Sağlığı Eğitimi Testi'ni katılımcılara uygulamak istemektedir.

Adı geçen öğrenciye yapacağı tez çalışması için gereken bilgilerin sağlanması hususunda gereğini saygılarımla rica ederim.

Prof.Dr.Nejla KURUL
Müdür

EKLER:

- 1-Tez önerisi(33 sayfa)
- 2-Test(4 sayfa)

EK 2: Kütahya Valiliği İl Milli Eğitim Müdürlüğü Tez Çalışması İzin Yazısı**T.C.
KÜTAHYA VALİLİĞİ
İl Milli Eğitim Müdürlüğü**

Sayı : B.08.4.MEM.4.43.00.05.22-605.04/

10.01.2011* 00529

Konu : Tez Çalışması

VALİLİK MAKAMINA

- İlgi :a) MEB.bağlı Okul ve Kurumlarda yapılacak Araştırma Desteğine Yönelik izin ve Uygulama Yönergesi.
b) Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğünün 21.12.2010 tarihli ve 4738 sayılı yazısı.

Bakanlığımızın İlgi (a) Yönergesi doğrultusunda Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Yaşam Boyu Öğrenme ve Yetişkin Eğitimi Anabilim Dalı/Halk Eğitimi doktora öğrencisi Sultan GÜÇLÜ Prof.Dr.Meral UYSAL danışmanlığında ilimiz Köprüören Köyündeki Halk Eğitim Merkezine bağlı Kurs Merkezinde “**Halk Sağlığı Konulu Bir Programın Kırsal Bölgelerde Yaşayan Kadınların Sağlık Davranışlarına Etkisi**” konulu Tez çalışması yapmak istemektedir.

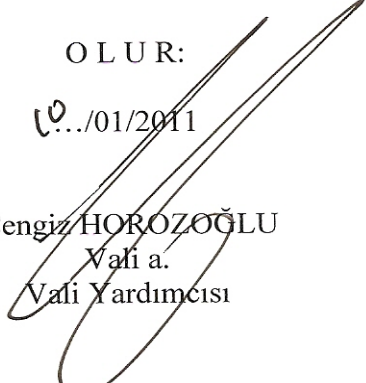
Eğitim-öğretimi aksatmadan, konunun dışına çıkmamaları, bütün sorumluluğun ilgililere ve Okul Müdürlüğüne ait olmak üzere yukarıda belirtilen Tez çalışmasının yapılmasını;

Takdirlerinize arz ederim.


Muhammet ŞAHİNKAYA
İl Milli Eğitim Müdürü

OLUR:

10.../01/2011


Cengiz HOROZOĞLU
Vali a.
Vali Yardımcısı



İl Milli Eğitim Müdürlüğü
(AR-GE)
Valilik Binası - KÜTAHYA
E-Posta : kutahyamem@meb.gov.tr
İnternet : <http://kutahya.meb.gov.tr>
Tel : 0274 223 62 41
Fax : 0274 223 62 54

EGİTİMDE REFORM!
Daha Akademiğe
Gelecek!

7 çok geç!

Ayrıntılı Bilgi:
Gülner ZENGİN – Tel :160

EGİTİME
%100
DESTEK

EK 3: Kütahya İli Köprüören Köyü Halk Eğitim Merkezi'ndeki Kadınlara Yönelik Düzenlenen Halk Sağlığı Eğitimi Ön-Testi

Değerli katılımcılar bu test, halk eğitim merkezlerine yönelik halk sağlığı konusunda bir eğitim programı geliştirmek amacıyla hazırlanmıştır.

Testin ilk bölümü **kişisel bilgileri** içermektedir. Bu bölümde size uygun olan cevabı daire içine alarak işaretleyiniz. İkinci bölümde ise **halk sağlığına yönelik** çoktan seçmeli ve açık uçlu 25 soru bulunmaktadır.

Elde edilen tüm bilgiler bilimsel amaç için kullanılacak ve tüm bilgiler **gizli tutulacaktır**. Bu nedenle sorulan sorulara olabildiğince açık ve doğru yanıtlar vermeniz bizim için büyük önem taşımaktadır.

Yardımlarınız ve katılımınız için teşekkür ederim.

Sultan Güçlü
Anakara Üniversitesi
Eğitim Bilimleri Enstitüsü

I. KİŞİSEL BİLGİLER

1. Kaç yaşındasınız?

15-24 yaş arası

35-44 yaş arası

25-34 yaş arası

45 yaş ve üzeri

2. Medeni durumunuz:

Bekâr

Evli

Boşanmış

Ayrı yaşıyor

Eşi ölmüş

3. Öğrenim durumunuz

Okur/yazar

İlkokul

Ortaokul

Lise ve dengi okul

Üniversite

4. Çocuk sayınız

Bekârım

Hiç çocuğum yok

1 çocuğum var

2 çocuğum var

3 çocuğum var

4 ve üzerinde çocuğum var

II. HALK SAĞLIĞI ÖN TESTİ

1. Sizce sağlıklı olma durumu nasıl bir şeydir?
 - Doğru Yanıtladı
 - Yanlış Yanıtladı
 - Bilmiyor

2. Aşağıdakilerden hangisi anne karnında **bebeğin yerleştiği** üreme organıdır?

<input type="checkbox"/> Yumurtalıklar	<input type="checkbox"/> Tüpler
<input type="checkbox"/> Vajina	<input type="checkbox"/> Rahim
	<input type="checkbox"/> Bilmiyorum

3. Kadının üreme sağlığı için **önemli olan yaş grupları** nelerdir?

<input type="checkbox"/> 0-14 yaş arası	<input type="checkbox"/> 18-35 yaş arası
<input type="checkbox"/> 36-50 yaş arası	<input type="checkbox"/> 50 yaş üstü
	<input type="checkbox"/> Bilmiyorum

4. Kadın sağlığı açısından iki gebelik arasındaki süre **en az kaç yıl** olmalıdır?

<input type="checkbox"/> Doğumdan sonra hemen	<input type="checkbox"/> 1 yıl
<input type="checkbox"/> 6 ay	<input type="checkbox"/> 2 yıl
	<input type="checkbox"/> Bilmiyorum

5. Kaç günde bir adet görmek normaldir?
 - Doğru Yanıtladı
 - Yanlış Yanıtladı
 - Bilmiyor

6. Kemik erimesinin belirtileri **nelerdir?**
 - Doğru Yanıtladı
 - Yanlış Yanıtladı
 - Bilmiyor

7. Aile planlamasından ne anlıyorsunuz?
- Doğru Yanıtladı
 - Yanlış Yanıtladı
 - Bilmiyor
8. Vajinal yıkama yöntemi gebelikten **korur mu?**
- Doğru Yanıtladı
 - Yanlış Yanıtladı
 - Bilmiyor
9. Aile planlaması yöntemlerinden hangisi **cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan** korur?
- Doğru Yanıtladı
 - Yanlış Yanıtladı
 - Bilmiyor
10. Doğum kontrol haplarını kullanmaya karar veren biri, bu hapları ne zaman kullanmaya başlamalıdır?
- Doğru Yanıtladı
 - Yanlış Yanıtladı
 - Bilmiyor
11. Tüplerin bağlanması yönteminden sonra tekrar gebe kalınabilir mi?
- Doğru Yanıtladı
 - Yanlış Yanıtladı
 - Bilmiyor
12. Emzirme gebeliği **en fazla** kaç ay engelleyebilir?
- 2 ay
 - 3 ay
 - 5 ay
 - 6 ay
 - Bilmiyorum

13. Aşağıdakilerden hangisi meme kanserinin erken teşhisinde kullanılan yöntemlerden **biridir?**

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Akciğer filmi | <input type="checkbox"/> Biyopsi |
| <input type="checkbox"/> Hormon testi | <input type="checkbox"/> Mamografi |
| | <input type="checkbox"/> Bilmiyorum |

14. Meme kanserinin erken teşhisi için evde yapılması gereken **nedir?**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Çocuk emzirme | <input type="checkbox"/> Egzersiz |
| <input type="checkbox"/> Cinsel ilişkiden kaçınma | <input type="checkbox"/> Kendi kendine meme muayenesi |
| | <input type="checkbox"/> Bilmiyorum |

15. Temel besin gruplarımız nelerdir?

- Doğru Yanıtladı
- Yanlış Yanıtladı
- Bilmiyor

16. Kemik erimesinden korunmak için aşağıdakilerden hangi besini **daha çok** almalıyız?

- | | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Tahıllar | <input type="checkbox"/> Meyve |
| <input type="checkbox"/> Sebze | <input type="checkbox"/> Süt ve süt ürünleri |
| | <input type="checkbox"/> Bilmiyorum |

17. Kalsiyum bakımından zengin olan besin grubu hangisidir?

- Doğru Yanıtladı
- Yanlış Yanıtladı
- Bilmiyor

18. Çocukluk ve ergenlik döneminde süt ve süt ürünlerinin yetersiz alınması ileri yaşlarda hangi hastalığa **neden olabilir?**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kansızlık | <input type="checkbox"/> Yüksek tansiyon |
| <input type="checkbox"/> Kemik erimesi | <input type="checkbox"/> Kanserler |
| | <input type="checkbox"/> Bilmiyorum |

19. Plastik saklama kaplarında yiyecek saklamak doğru mudur?

- Doğru Yanıtladı
- Yanlış Yanıtladı
- Bilmiyor

20. Ağız bakımına dikkat edilmediğinde görülebilecek en temel sağlık sorunu **nedir?**

- Doğru Yanıtladı
 Yanlış Yanıtladı
 Bilmiyor

21. Tuvalet temizliği **ne şekilde** yapılmalıdır?

- Önden arkaya
 Önden yanlara
 Arkadan öne
 Arkadan yanlara
 Bilmiyorum

22. Hangisi alkolün sebep olduğu en önemli hastalıktır?

- Akciğer kanseri
 Mide kanseri
 Gırtlak kanseri
 Karaciğer sirozu
 Bilmiyorum

23. Sigaranın sebep olduğu en önemli hastalık aşağıdakilerden **hangisidir?**

- Siroz
 Mide kanaması
 Akciğer kanseri
 Meme kanseri
 Bilmiyorum

24. Kişinin kendisini karşısındakinin yerine koyarak ne hissettiğini anlamaya çalışmasına **ne ad verilir?**

- Empati
 Algılama
 Sempatı
 Sorun çözme
 Bilmiyorum

25. Aşağıdakilerden hangisi iletişimde kullanılan **doğru** bir yaklaşımdır?

- Ad takmak
 Öğüt vermek
 Ben dilini kullanmak
 Emir vermek
 Bilmiyorum

EK 4: Odak Grup Görüşme Formu

Görüşmenin Amaçları

- Genel sağlık sorunlarını tanımlamak
- Bedensel, ruhsal ve sosyal sorunları/yakınmaları tanımlamak
- Halk sağlığı sorunları ve yakınmalarını tanımlamak
- Tüm sorun ve yakınmaların oluşumuna neden olduğu düşünülen faktörleri tanımlamak
- Tüm sorun ve yakınmaları çözme durumunu tanımlamaktır.

Giriş

Merhaba. Adım Sultan Güçlü. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Halk Eğitimi programına kayıtlı doktora öğrencisiyim. “Halk Sağlığı” konulu bir programın kırsal bölgelerde yaşayan kadınların sağlık davranışlarına etkisinin belirlenmesi ve bunlara ilişkin çözüm yollarının geliştirilmesi üzerine bir araştırma yapmaktayım. Sizinle sağlık sorunlarınız hakkında konuşmak, halk sağlığına yönelik eğitim ihtiyaçlarınızı belirlemek istiyorum. Bu görüşmenin sonucunda çıkacak olan sonuçlar ile sizlere bir başka tarihte halk sağlığı eğitimleri vermeye ve sorunlarınıza çözüm yolları geliştirmeye çalışacağım. Bu nedenle sizin, bu görüşmedeki düşüncelerinizi paylaşmanız bir sonraki aşamanın belirlenmesinde oldukça yol gösterici olacaktır.

Görüşme sürecinde söyleyeceklerinizin tümü gizli tutulacak, bilgiler benim ve danışmanlık aldığım hocalarım dışında kimse tarafından bilinmeyecektir. Görüşmede doğru-yanlış cevap diye bir ayrım yoktur. Hiç kimse belirttiği duygu ve düşüncelerinden dolayı yargılanmayacak, aksine önemle üzerinde durularak çözüme yönelik doğru bilgiler oluşturulacaktır. Bu nedenle, konuya ilişkin duygu ve düşüncelerinizi tüm içtenlik ve samimiyetle belirteceğinizi umuyor ve bu görüşmeye katılmayı kabul ettiğiniz için şimdiden teşekkür ediyorum.

Odak Grup Görüşme Soruları

Bölüm I: Genel tanımlayıcı sorular

1. Yaşınız, mesleğiniz ve medeni durumunuz nedir?
2. Sağlık, eğitim, kültür arasında nasıl bir etkileşim vardır?
3. Biyolojik, fiziksel ve sosyal çevremiz sağlığımızı nasıl etkiler?
4. Kişi ve toplumların sağlık düzeyini hangi etkenler belirler?

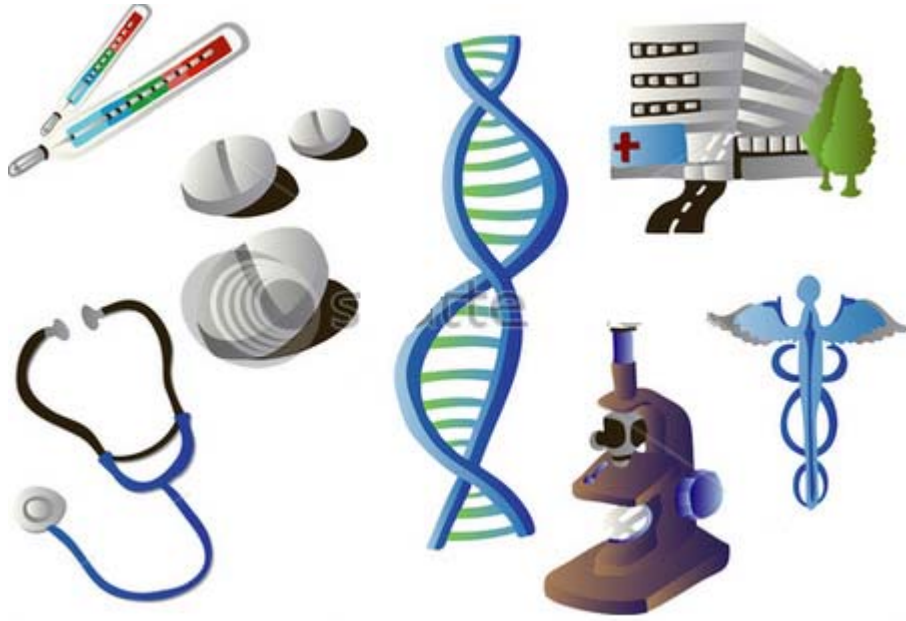
Bölüm II: Sağlık sorunları ve yakınmalarına yönelik sorular

1. Sağlık denilince ne anlıyorsunuz?
2. Şu an yaşamınızdaki sağlık sorunları ve yakınmalarınız nelerdir? (bedensel, ruhsal ve sosyal alana ilişkin)
3. Bu yakınmaların ve sağlık sorunlarının neden oluştuğunu düşünmektесiniz?
4. Bu yakınma ve sorunlarınız için nasıl bir yardım aramakta/almaktasınız?

Bölüm III: Halk sağlığı sorunlarına yönelik sorular

1. Halk sağlığı denilince ne anlıyorsunuz?
2. Eğitim almaya gereksinim duyduğunuz halk sağlığı sorunları nelerdir?
3. Bu sorunların ailevi ve toplumsal yaşamınızı nasıl etkilediğini düşünmektесiniz?

EK 5:

**KIRSAL KESİMDE YAŞAYAN KADINLARA YÖNELİK HAZIRLANMIŞ
“HALK SAĞLIĞI” EĞİTİM PROGRAMI**

Sağlığın Temel Kavramları (I. Oturum)

Konular:

1. Sağlık nedir?
 - a. Pozitif, negatif ve nötral sağlık
 - b. Sağlığı etkileyen faktörler
 - c. Sağlık, hastalık, kültür arasındaki ilişki



Genel Amaçlar:

- Sağlık ve sağlığı etkileyen faktörler konusunda bilgi sahibi olmak,
- Sağlık, hastalık, kültür arasındaki ilişkiyi kavrayabilmek,
- Sağlık sorunları konusunda bilinç düzeyini yükseltmek.

Hedef Davranışlar:

- Sağlığı tanımlamak,
- Sağlığı etkileyen faktörleri kavramak,
- Sağlığı bir bütün olarak ele almayı savunmak,
- Çevrelerindeki insanlara sağlığın önemini anlatmak.

Yöntem ve Teknikler:

- Soru-cevap
- Sunum
- Tartışma
- Düz anlatım
- Grup çalışması

Araç-Gereçler:

- Slayt projektörü
- Bilgisayar
- Flip-chart

İşleniş:

İlk oturumda önce araştırmacı hoş geldiniz diyerek bir açılış konuşması yaparak kendini tanıtır. Daha sonra grup üyelerinin eğlenmelerini ve gruptaki katılımcıların isimlerinin akılda kalmasını sağlamak için “İsim-Sıfat Oyunu” oynanır.

İSİM-SIFAT OYUNU

AMAÇ: Grubun tanışması, isimlerinin akılda kalması ve eğlenmelerini sağlamak

GEREÇLER: Yok

SÜRE: 5–6 Dakika



UYGULAMA: Grup daire şeklinde dizilir. En baştaki kişi isminin baş harfinden bir sıfat ve sonra da ismini söyler. Örneğin; Süslü Selma gibi. Onun yanındaki bir önceki arkadaşının sıfatını ve ismini söyledikten sonra kendi isminin baş harfinden oluşan sıfat ve ismini söyler. Örneğin; "Süslü Selma, Cevher Cengiz" gibi. Üçüncü sıradaki hem kendinden önce gelen kişilerin sıfat ve ismini söyler hem de kendi sıfat ve ismini ekler. Bu şekilde herkes kendinden önce gelenlerin tümünün sıfat ve isimlerini söyleyerek daire tamamlanır.

Katılımcıların kurstan beklentilerinin belirlenmesi flip-charta yazıldıktan sonra, kurs hedefleri araştırmacı tarafından açıklanır. Eğitime başlanmadan önce “Bir Dilek Tutun” isimli sunu katılımcılara okunur, oturum konusunun “Sağlığın Temel Kavramları” olduğu söylendikten sonra eğitimci flip-charta sağlık kelimesini yazar ve sağlık kelimesinin katılımcılara başka hangi kelimeleri hatırlattığını sorar.

Verilen cevaplar sağlık kelimesinin yazılı olduğu flip-chartın altına yazılarak sağlığın tanımı yapılır. Daha sonra katılımcılara sağlıklı olmanın nelere bağlı olduğu sorusu yöneltilir ve cevaplar üzerinde tartışılır.


“Sağlığımızı Neler Bozar?” ve ardından “Sağlığımızı Nasıl Koruruz?” flip-chartları katılımcılara gösterildikten sonra, maddeler üzerinde tartışılır.

SAĞLIĞIMIZI NELER BOZAR?



- ⊗ Aşırı sıcak ve soğuk hava
- ⊗ Suların kirli olması
- ⊗ Çöplerin uygun şekilde toplanmaması
- ⊗ Çöp kutularının açık bırakılması
- ⊗ Hastalık yapan mikroorganizmalar
- ⊗ Hayvansal gıdaların bozuk olması
- ⊗ Bazı hastalıkların hayvanlardan geçmesi
- ⊗ Zehirli bitkilerin yenmesi
- ⊗ Sivrisinek, bit, pire gibi vektörler
- ⊗ Stres, kaygı, huzursuzluk

SAĞLIĞIMIZI NASIL KORURUZ?



- ☺ Mevsimine uygun giyinerek
- ☺ Temiz ve mikropsuz su kullanarak
- ☺ Çöpleri bekletmeden toplayarak
- ☺ Poşetlerle, ağız kapalı kutulara atarak
- ☺ Aşı olarak
- ☺ Gıda temizliğine dikkat ederek
- ☺ Hastalık yapan hayvanlardan uzak durarak
- ☺ Emin olmadığımız bitkileri yemeyerek
- ☺ Vektörlerle mücadele ederek
- ☺ Ruh sağlığımızı bozan faktörlerden uzak durarak

Katılımcılara pozitif, negatif ve nötral sağlığın ne anlama geldiği sorulur. Daha sonra sağlık, sağlığı etkileyen faktörler ile pozitif, negatif ve nötral sağlık tanımları power-point sunusuyla anlatılır.

Çocuğu olan katılımcılara “Çocuğunuzun sağlıksız olmasına ve sık hastalanmasına neler yol açar?” sorusu yöneltilir.

Eğlenceli bir eğitim atmosferi yaratmak için, katılımcılardan üç gruba ayrılmaları istenir. Birinci gruba “Hasta kişilerden nasıl mikrop kapılabilir ve bu kişilerden mikrop kapmamak için neler yapabiliriz?”; ikinci gruba “Yiyecek ve içecekler ile nasıl mikrop kapılabilir, yiyecek ve içeceklerden mikrop

kapmamak için neler yapabiliriz?"; üçüncü gruba ise "Sağlıksız çevre koşulları (çöp, dışkı, başıboş hayvanlar, bataklıklar...) hastalanmamıza nasıl yol açar ve sağlıksız çevre koşullarını önlemek için neler yapabiliriz?" soruları yöneltilir.

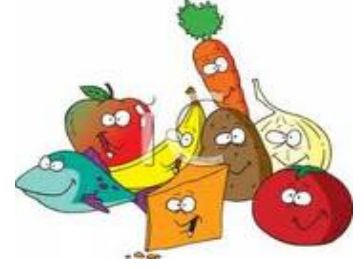
Gruplar kendilerine verilen konular hakkında kendi aralarında tartışır, tartışma sonunda her gruptan bir sözcü seçilir ve kendi aralarında konuştuklarını tüm katılımcılarla paylaşmaları sağlanır.

Sağlık, hastalık, kültür arasında nasıl bir ilişki olduğu önce katılımcılarla tartışılır ve konunun ayrıntıları power-point sunusuyla katılımcılara anlatılır. Eğitime devamı sağlamak için bir sonraki oturumun önemi anlatılır ve ilk oturuma son verilir.

Beslenme ve Hijyen (II. Oturum)

Konular:

1. Yeterli ve dengeli beslenme nedir?
 - a. Besin grupları ve bunların vücudumuzdaki işlevleri
 - b. Beslenme ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki
2. Öz bakım
 - a. Sağlık ve öz bakım ilişkisi
 - b. Öz bakımı etkileyen faktörler
 - c. El ve tırnak temizliği
 - d. Doğru el yıkama tekniği
3. Ağız ve Diş Sağlığı
 - a. Diş çürüklerinin oluşumu
 - b. Doğru diş fırçalama ve diş ipi kullanımı
 - c. Ağız ve diş sağlığı için yapılması gerekenler
4. Vücut Temizliği
 - a. Banyonun önemi
 - b. Üreme organlarının temizliği
 - c. Saç temizliği ve bakımı
 - d. Ayak temizliği
 - e. Sağlıklı giyinme
5. Besin hijyeni
 - a. Besinlerin seçilmesi, saklanması ve pişirilmesinde dikkat edilmesi gerekenler



Genel Amaçlar

- Beslenme ve besin öğelerini sınıflama konusunda bilgi sahibi olmak,
- Günlük besinlerin özellikleri hakkında bilgi sahibi olmak,
- Öz bakımın kavramsal ve kapsam özelliklerini anlamak,
- Öz bakım bilgi ve becerisi kazanmak,
- El-tırnak, ağız-diş, vücut ve besin temizliğinin önemini kavramak,
- Sağlık ve öz bakımın önemi hakkında doğru tutum oluşturmak.

Hedef Davranışlar:

- Günlük besinleri besleyici değerlerine göre sınıflamak,
- Besin öğelerinin vücuttaki işlevlerini saymak,
- Yeterli ve dengeli beslenme ile ilgili ilkeleri benimsemek,
- El ve tırnak temizliğinin önemini açıklamak,
- Ağız ve diş temizliğinin nasıl yapılması gerektiğini anlatmak,
- Doğru vücut temizliğinin nasıl yapıldığını açıklamak,
- Üreme organlarının temizliğinin önemini söylemek,
- Pek çok hastalığın kaynağının yetersiz temizlik olduğunu savunmak,
- Öz bakımın hastalıklardan korunmadaki önemini onaylamak,
- Dişlerin nasıl korunacağını kavramak,
- Doğru el yıkamayı göstermek,
- Doğru diş fırçalama tekniğinin nasıl olduğunu maket üzerinde uygulamak,
- Diş ipi kullanımını maket üzerinde göstermek.

Yöntem ve Teknikler:

- Soru-cevap
- Sunum
- Tartışma
- Düz anlatım
- Demonstrasyon

Araç-Gereçler:

- Slayt projektörü
- Bilgisayar
- Flip-chart
- Resim
- Broşür
- Sabun
- Diş maketi
- Diş fırçası
- Diş ipi

İşleniş:

İkinci oturumda araştırmacı hoş geldiniz diyerek bir önceki oturumun özetini yapar, grup üyelerini eğlendirmek için katılımcılarla birlikte “*Boom Oyunu*” oynanır.

BOOM OYUNU

AMAÇ: Eğlence, ısınma, dikkati toplama

GEREÇ: Sandalyeler







UYGULAMA: Katılımcılar halka halinde sandalyelere otururlar sırayla birer birer sayılır. Üçün katları (3-6-9-12 gibi) veya sonu üç ile biten (13, 23, 33 gibi) sayılara gelindiğinde o sayı söylenmez ve **BOOM!** diye bağırılır. Bir sonraki kişi saymaya kalınan yerden devam eder. Hızlı hızlı sayılması gerekir. Kurallara uymayan katılımcı oyundan çıkar. En sona kalan oyunu kazanır.

Eğitimci “Bu oturumda sizlerle sağlıklı ve dengeli beslenmek için neler yapalım, kişisel hijyene nasıl dikkat edelim konularında sohbet edeceğiz.” dedikten sonra katılımcılara “Dengeli ve sağlıklı beslenme denilince ne anlıyorsunuz?” sorusunu yöneltir ve katılımcıların cevaplarını dinler.

Alınan yanıtlardan sonra beslenme, yeterli ve dengeli beslenmenin tanımları power-point sunusuyla katılımcılara anlatılır. Beslenmenin ne olduğu ve her grup besinden alınan önemi bir kez daha anlatıldıktan sonra beş grup besinin resimleri renkli kartlara yapıştırılır ve katılımcılarla birlikte gruplandırılarak flip-charta yapıştırılır.

Katılımcılara temel besinler broşürü dağıtılır. Besinlerin adı, sağladığı yararlar, eksikliğinin doğuracağı sonuçlar ve yiyecek kaynakları tekrar edilir.

TEMEL BESİNLER

Besinin Adı	Sağladığı Yararlar	Eksikliğinin Doğuracağı Sonuçlar	Yiyecek Kaynağı
PROTEİNLER 	<p>Bedeni geliştirir gübüz ve kuvvetli olur. Hastalıklara karşı daha dirençli olur,</p>	<p>Büyüme yetersizliği zayıflık, kansızlık, bedensel yorgunluk hastalıklara karşı dirençsizlik</p>	<p>Hayvansal besin (balık, tavuk, et, süt, yumurta) kuru fasulye, mercimek, fındık, fıstık, un, ekmek, makarna, pirinç tüm tahıllar</p>
KARBONHİDRATLAR Nişasta ve Şeker 	<p>Bedenin ısı ve enerji ihtiyacını karşılar.</p>	<p>Zayıflık, açlık, yorgunluk</p>	<p>Tüm şekerli, unlu nişastalı besinler tahıllar, patates, reçel, bal, tatlı meyve</p>
YAĞLAR 	<p>Bedenin ısı ve enerji ihtiyacını karşılar. Bedenin gelişmesi ve deri yapısı için gereklidir. Soğuğa karşı korur</p>	<p>Zayıflık, açlık, yorgunluk</p>	<p>Hayvansal yağlar tere yağ, sebze, mısır, ayçiçeği, fıstık özü yağları, zeytin yağ, margarin, kaymak, kuruyemişler (yerfıstığı, fındık, şamfıstığı), peynir</p>
MİNERALLER Madensel Tuzlar Kalsiyum 	<p>Kemik ve dişlerin sağlıklı gelişmesi kasların iyi çalışmasını sağlar. Kan pıhtılaşmasına yardımcı olur.</p>	<p>Kemik yapısında bozukluk ve Göğüs kafesinin yetersiz gelişmesi, kan pıhtılaşmasında zorluk</p>	<p>Süt, yoğurt, ayran peynir, dondurma, muhallebi, koyu renkli bazı sebzeler, som balığı</p>
Fosfor 	<p>Kemik ve dişlerin sağlığına yardımcı olur</p>	<p>Kemik ve diş bozuklukları</p>	<p>Süt ve süt ürünleri et, tavuk, balık, yumurta, kuru sebzeler, fındık, fıstık, tahıllar.</p>
Demir 	<p>Kan yapıcı, deriyi sağlıklı tutar.</p>	<p>Kansızlık, yorgunluk, solgunluk</p>	<p>Ciğer, yürek, böbrek, yağsız et, yumurta sarısı, yeşil yapraklı sebze, kuru fasulye, bezelye, kuru meyveler, patates</p>

<p>İyot</p> 	<p>Guatr hastalığına karşı iyi gelir. Bedene enerji sağlamaya yardımcı olur.</p>	<p>Guatr hastalığı yavaş gelişme ve yavaş büyüme</p>	<p>Tuzlu su balıkları, iyot eklenmiş sofrata tuzu, balık yağı, iyotlu deniz kenarındaki toprakta yetişen sebze, meyve</p>
<p>VİTAMİNLER A Vitamini</p> 	<p>Genel büyüme, sağlam kemik ve diş yapısı saçların sağlığı göz sağlığı, gözün karanlığa ve aydınlığa uyum sağlaması</p>	<p>yavaş ve yetersiz büyüme gece körlüğü solunum yolları hastalıklarında artış olabilir.</p>	<p>Süt ve sütü yiyecek, A vitamini eklenmiş margarin ve tereyağı, yumurta sarısı, ciğer, böbrek, yeşil ve sarı renkli sebzeler, havuç, domates, balık yağı</p>
<p>B1 Vitamini</p> 	<p>Besinlerin sindirimine yardımcı olur. Sinir sistemine ve kalbin çalışmasına yardımcı olur.</p>	<p>İştahsızlık, yorgunluk, kabızlık, baş ağrıları</p>	<p>Ekmeğin, un, tüm tahıllar, yürek, ciğer, yağsız etler, süt, yumurta, baklagiller, yer fıstığı, fındık</p>
<p>B2 Vitamini</p> 	<p>Derinin genişlemesini sağlar. Gözlere, sindirime yardımcı olur.</p>	<p>Yavaş büyüme, ağız kenarlarında yara ve çatlaklar</p>	<p>Süt ve süt ürünleri, yumurta, tavuk, ciğer, böbrek, sarı ve yeşil yapraklı sebzeler, un ve tahıllar, kuru fasulye, bezelye, fındık, fıstık</p>
<p>Niacin</p> 	<p>Derinin sağlıklı olması ve sindirimin normal çalışmasını sağlar.</p>	<p>İshal, sivilceler, depresyon</p>	<p>Yağsız et, ciğer, böbrek, tavuk, tahıllar, bulgur, buğday, pirinç, yer fıstığı, kuru sebzeler</p>
<p>C Vitamini</p> 	<p>Kemik ve dişlerin oluşması</p>	<p>Eklemelerde ağrı, diş etlerinde kanama, yaraların yavaş iyileşmesi</p>	<p>Turuncgiller, yeşil yapraklı sebzeler, patates, domates, lahana, kavun, çilek</p>
<p>D Vitamini</p> 	<p>Kemik ve diş sağlığına yardımcı olur.</p>	<p>Diş ve kemiklerde gelişme bozuklukları</p>	<p>Güneş ışığı, balık yağı, ton balığı, sardalye, ciğer, yumurta, süt tozu, margarin</p>

Katılımcılara “Hangi yiyecekler fazla yenildiğinde sağlığımıza zarar verir?” sorusu sorulur; verilen cevapların ardından eksikler tamamlanır ve “Bu yiyecekler ne bakımdan zararlı olabilir?” sorusu yöneltilir.

Beslenmemizde suyun önemi anlatılır, katılımcılara günde kaç bardak su içtikleri sorulur. Günde en az sekiz bardak su içilmesi gerektiği söylenir, suyun vücut için neden gerekli olduğunu anlatan flip-chart katılımcılara gösterilir ve ardından katılımcılara su ikramında bulunulur.



Sağlığa zararlı beslenme şekilleri bol resimli, az yazılı power-point sunusuyla katılımcılara gösterilir ve ardından kahvaltının öneminden bahsedilir.

Beslenme ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki tartışılır, katılımcıların yeterli ve dengeli beslenme ile sağlıklı yaşam arasındaki ilişkiyi kavrayıp kavramadıkları gözlenmeye çalışılır.

Yeterli ve dengeli beslenme konusu anlatıldıktan sonra katılımcıların soruları yanıtlanır.

Hijyen konusuna geçmeden önce katılımcılara sağlık ve öz bakım ilişkisinden ne anladıkları sorulur. Grup tartışmasının ardından öz bakımın ne olduğu tanımlanır, öz bakım içinde hangi hijyen kurallarının olduğu kısaca anlatılır.

El ve tırnak temizliğinin önemi anlatılmış, “Doğru El Yıkama Tekniği” flip-chart üzerinde anlatılır, her bir katılımcıya el sabunu dağıtılır ve herkes ellerini doğru el yıkama tekniği ile yıkar. “Eller Ne Zaman Yikanmalı” flip-chartı asılır, önce ve sonra kartları katılımcılar tarafından yapıştırılır.

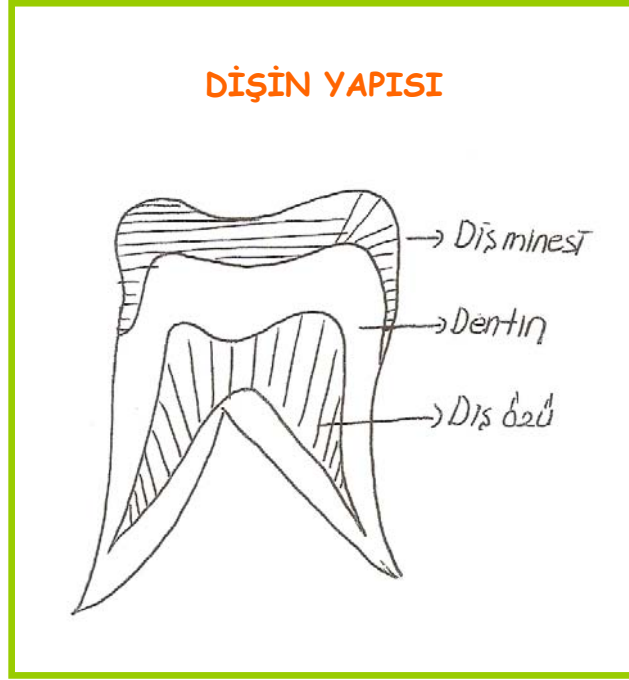
DOĞRU EL YIKAMA TEKNIĞİ

ELLER NE ZAMAN YIKANMALI

ÖNCE	Tuvaletten	SONRA
ÖNCE	Yemekten	SONRA
	Dışarıdan geldikten	SONRA
ÖNCE	Yemek yapmadan	
	Kirli bir iş yaptıktan	SONRA

Gruba “Günde kaç defa dişlerimizi fırçalamalıyız?” sorusu yöneltilir. Herkesin kendisine ait bir diş fırçasının olması gerektiği söylenir ve katılımcılara orta sertlikte diş fırçaları dağıtılır.

“Dişin Yapısı” flip-charta çizilir, diş çürüğünün nasıl oluştuğu hikâye şeklinde anlatılır.



Doğru diş fırçalama tekniği ve diş ipi kullanımı diş maketi üzerinde gösterilir ve katılımcıların tümüne uygulanır. Daha sonra “Dişlere Neler Zarar Verir?”, “Diş Sağlığı İçin Neler Yapılmalı” kartları katılımcılar tarafından eşleştirilir ve eşleştirmeler sırasında kısa açıklamalar yapılır.

DİŞLERE NELER ZARAR VERİR?	DİŞ SAĞLIĞI İÇİN NELER YAPMALI?
Çok soğuk/sıcak yiyecek ve içecekler tüketmek	Çok soğuk/sıcak yiyecek/içeceklerden uzak durmak
Kürdanla diş etlerine zarar vermek	Kürdan yerine diş ipi kullanmak
Fındık, ceviz gibi sert cisimleri dişlerle kırmak	Sert cisimleri dişle kırmamak
Şekerli sakızlar çiğnemek	Diş dostu şekersiz sakızlar çiğnemek
Dişleri fırçalamamak	Günde iki kez dişleri fırçalamak
Parmak emmek, tırnak yemek, dudak ısırma	Ağız içine zarar verecek alışkanlıklardan uzak durmak
Ara öğünlerde dişlere yapışan yiyecekler yemek	Ara öğünlerde bir şey yedikten sonra ağız çalkalamak
Diş kontrolüne gitmemek	Altı ayda bir diş hekimine gitmek

Vücut temizliği ve sağlıklı giyinmede nelere dikkat edilmesi gerektiği power-point sunusuyla katılımcılara anlatılır, üreme organlarının temizliği perine maketi üzerinde gösterilir.

Son olarak besinlerin seçilmesi, saklanması ve pişirilmesinde dikkat edilmesi gerekenler kısaca anlatılır, günün özeti yapılarak bir sonraki oturum hakkında katılımcıların dikkati çekilmeye çalışılır.

Kadın Sağlığı (III. Oturum)

Konular:

1. Kadın Üreme Sistemi ve Kadın Sağlığı
 - a. Kadın sağlığını etkileyen faktörler
 - b. Kadın üreme organları ile ilgili sınıflamalar bilgisi
 - c. Kadın dış üreme organlarının yapısı ile ilgili özellikler bilgisi
 - d. Kadın iç üreme organlarının yapısı ile ilgili özellikler bilgisi
 - e. Üreme organlarının işlevleri bilgisi
2. Ergenlik Döneminin Özellikleri
 - a. Ergenlik döneminde görülen bedensel, ruhsal ve sosyal değişiklikler
 - b. Adet görme, gebeliğin oluşumu ve doğum
 - c. Adet döngüsündeki düzensizlikler ile ilgili sınıflamalar bilgisi
 - d. Adet döneminde üreme organlarının hijyenine ilişkin ilkeler bilgisi



Genel Amaçlar

- Kadın üreme organları hakkında bilgi sahibi olmak,
- Üreme sağlığının nasıl korunacağı konusunda bilgilendirmek,
- Riskli gebelikler konusunda bilgilendirmek,
- Ergenlik döneminde oluşan fiziksel, duygusal ve sosyal gelişmeleri açıklayabilmek,
- Gebeliğin oluşumu ve doğum hakkında bilgi vermek.

Hedef Davranışlar:

- Kadın sağlığını etkileyen faktörleri saymak,
- Ergenlik döneminde görülen değişimleri ifade etmek,
- Adet döngüsünün ve döllenmenin nasıl gerçekleştiğini anlatmak,
- Toplumda aile, ailede de kadının önemini benimsemek,
- Kadın dış ve iç üreme organlarını flip-chart üzerinde göstermek,
- Üreme organlarının normal işlev görmesi ile sağlıklı ve mutlu bir cinsel hayata sahip olunabileceğinin farkına varmak,
- Döllenmenin nasıl gerçekleştiğini flip-chart üzerinde anlatmak,
- Üreme organlarının temizliğinin nasıl yapıldığını perine maketi üzerinde göstermek.

Yöntem ve Teknikler:

- Soru-cevap
- Tartışma
- Düz anlatım

Araç-Gereçler:

- Slayt projektörü
- Bilgisayar
- Flip-chart
- Sağlıkla ilgili resimler
- Perine maketi



Kadın sağlığı oturumuna başlamadan önce, “Kim Başlattı” oyunu ile grubun enerji düzeyi yükseltilir, katılımcıların eğitim ortamına hazır oluşları sağlanır.

KİM BAŞLATTI OYUNU

AMAÇ: Grubun enerji düzeyini yükseltmek

GEREÇLER: Yok

SÜRE: 5 Dakika

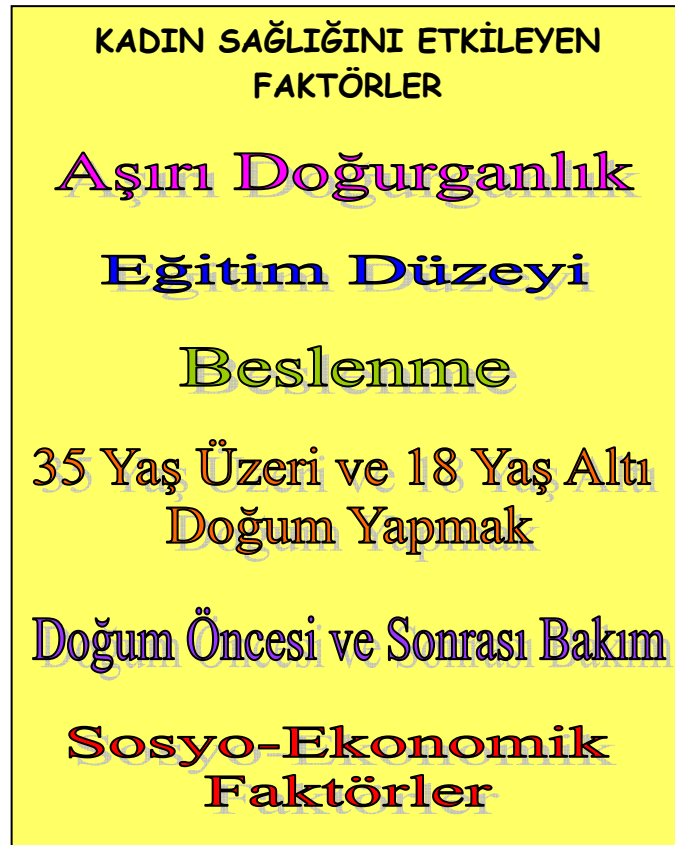
UYGULAMA: Gruptan bir kişi dışarıya çıkarılır. Çıkmadan önce şu açıklama yapılır. "Sen dışarıdayken biz bir kişiyi seçeceğiz. Hepimiz onun yaptıklarını yapacağız. Sen onun kim olduğunu bulmaya çalışacaksın." Seçilen kişi dışarıya çıktıktan sonra hareketleri kimin başlatacağı belirlenir. Bu kişi bir hareketi başlatır ve tüm grup aynı hareketi yapar. Dışarıdaki kişi içeriye çağrılır. İçeriye geldiğinde hareketi başlatan kişi ona fark ettirmeden hareketleri değiştirir, tüm grup onun yaptığı hareketi tekrarlar. Kimin başlattığını bulmak için üç hakkı vardır.



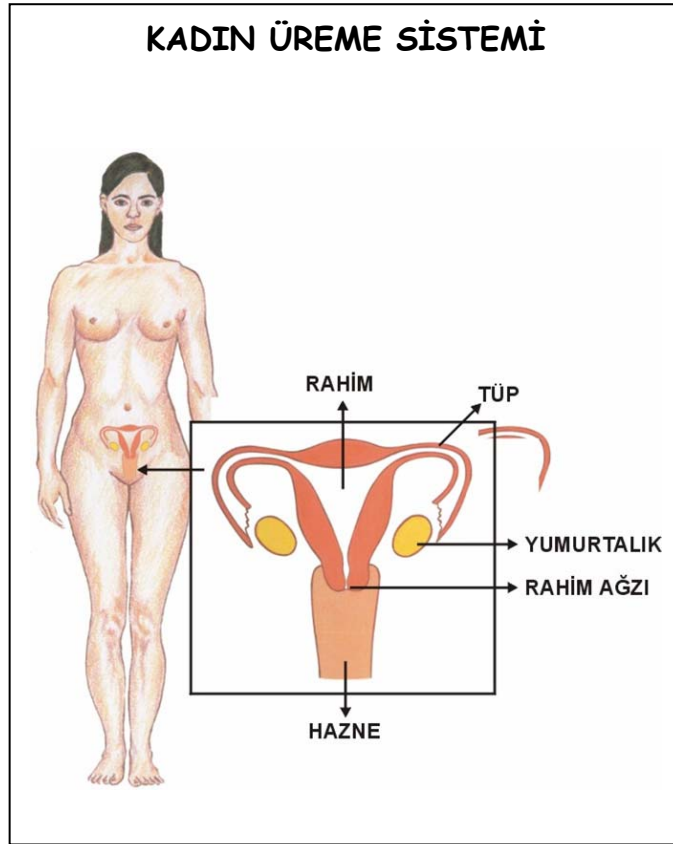
Eğitimci, “Biz kadınlar genellikle kendi sağlığımıza pek dikkat etmez, genelde eş ve çocuklarımızın sağlığını daha çok önemseriz. Oysa önemsemediğimiz kendi rahatsızlıklarımız zamanla ilerler ve ilerde önemli sağlık sorunlarına yol açar. Kendi sağlığımızda üreme organlarımız önemli rol oynar. Kadın olarak hastalıklarımızın büyük bir bölümü bu organlarımızın sağlıksızlığından kaynaklanmaktadır. O zaman gelin bu oturumda üreme organlarımızı tanıyalım.” diyerek katılımcılara şimdiye kadar üreme sağlıkları

ile ilgili hangi sorunları yaşadıklarını sorar. Katılımcılardan gelen cevaplar dinlenir.

Üreme sağlığının genel sağlığımızın ayrılmaz bir parçası olduğu katılımcılara hatırlatılarak, üreme sağlığına özen göstermenin bize hangi yararlar sağlayacağı sorulur. Verilen cevapların ardından eksiklikler tamamlanır ve “Kadın Sağlığını Etkileyen Faktörler” flip-chartı asılarak maddeler üzerinde kısa açıklamalar yapılır.



“Kadın Üreme Sistemi” flip-chart kullanılarak şekil üzerinden açıklanır, daha sonra power-point sunusuyla tekrar edilir.



Kadın iç ve dış üreme organlarının yazılı olduğu kartlar katılımcılar tarafından eşleştirilerek flip-charta yapıştırılır.

İÇ ÜREME ORGANLARI	DIŞ ÜREME ORGANLARI
Hazne (Vajina)	Büyük dudaklar
Rahim (Uterus)	Küçük dudaklar
Tüpler	Bızır (klitoris)
Yumurtalıklar	Kızlık zarı (hymen)

Ergenlik döneminde görülen bedensel, ruhsal ve sosyal değişiklikler power-point sunusuyla anlatıldıktan sonra ergenlik dönemindeki en önemli değişikliklerden biri olan adet görme konusuna giriş yapılır. Katılımcılara adet görmenin ne olduğu ve bu durumun ailelerinin kendilerine anlatıp anlatmadığı sorulur. Ardından, “*Muhtemel Adet Zamanının Hesaplanması*” flip-chart kullanılarak anlatılır.

MUHTEMEL ADET ZAMANININ HESAPLANMASI					
(28 Günde Bir Adet Gören Bir Kadın İçin)					
P.tesi	1	8 X	15	22	29
Salı	2	9 X	16	23	30
Çarş.	3	10 X	17	24	1
Perş.	4	11	18	25	2
Cuma	5	12	19	26	3?X
C.tesi	6 X	13	20	27	4
Pazar	7 X	14	21	28	5

Katılımcılara adet kanamalarının olduğu dönemlerde üreme organlarının adet döneminde üreme organlarının temizliğini nasıl yaptıkları sorulur. Yanlış verilen cevaplar düzeltilir, eksik bilgiler tamamlanarak üreme organlarının hijyenine ilişkin ilkeler sıralanır.

Gebeliğin oluşumu ve doğumun nasıl gerçekleştiği power-point slayt gösterisiyle anlatılır, gebelik süresince bebeğin nasıl beslendiği, plasenta ve göbek kordonunun görevleri açıklandıktan sonra bir bebeğin dünyaya gelişini anlatan slayt gösterisi sunulur. Sunumun ardından katılımcıların soruları yanıtlanır, bir sonraki oturumda istenmeyen gebeliklerden nasıl korunulacağı söylenerek katılımcıların dikkatleri çekilmeye çalışılır.

Kadın Sağlığı (IV. Oturum)

Konular:

1. Aile Planlamasının Tanımı ve Önemi
2. Etkinliği Sınırlı Olan Doğum Kontrol Yöntemleri (Geleneksel Yöntemler)
 - a. Geri çekme
 - b. Vajinal yıkama
 - c. Emzirme
 - d. Takvim yöntemi
3. Etkinliği Fazla Olan Doğum Kontrol Yöntemleri (Modern Yöntemler)
 - a. Doğum kontrol hapları
 - b. Aylık ve üç aylık iğneler
 - c. Deri altı implantları
 - d. Rahim içi araç
 - e. Kondom
4. Aile Planlamasında Cerrahi Yöntemler
 - a. Tüp ligasyonu
 - b. Vazektomi



Genel Amaçlar

- Aile planlaması yöntemlerinden kendilerine uygun yöntemi seçmeleri konusunda yardımcı olmak,
- Gebeliği önleyici yöntemler ile ilgili sınıflamalar bilgisine sahip olmak,
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma yolları hakkında bilgi sahibi olmak.

Hedef Davranışlar:

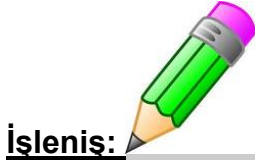
- Aile planlamasının tanımını yapmak,
- Gebeliği önleyici modern yöntemlerin kullanım kurallarını saymak,
- Çok ve sık gebeliğin kadın, çocuk ve toplum sağlığına etkilerini anlatmak,
- Güvenli cinsellik ile ilgili ilkeleri sıralamak,
- Üreme organlarının hijyenine ilişkin ilkeleri benimsemek,
- Gebeliği önleyici modern yöntemlerin kullanım kurallarını kavramak,
- İstenmeyen gebelikleri, gebeliği önleme yöntemleri ile korunabileceklerini savunmak,
- Planlanmış gebelikler sonucu sağlıklı çocuklara sahip olabileceklerini algılamak,
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma kurallarını listelemek,
- Aile planlaması yöntemleri konusunda eşleriyle birlikte danışmanlık olarak ortak ve güvenilir bir yöntem seçmek.

Yöntem ve Teknikler:

- Soru-cevap
- Tartışma

Araç-Gereçler:

- Slayt projektörü
- Bilgisayar
- Flip-chart
- Sağlıkla ilgili resimler
- RİA
- Kondom
- Doğum kontrol hapları
- Diyafram
- Resim kâğıtları
- Renkli kalemler



İşleniş:

Bir önceki oturumun özeti yapıldıktan sonra katılımcılara aile planlamasından ne anladıkları sorulur. Cevaplar dinlendikten sonra aile planlamasının tanımı tahtaya yazılır ve aile planlaması kavramı tartışılır.

Katılımcılara şimdiye kadar aile planlaması ile ilgili hizmet almak için herhangi bir kuruluşa başvurup, başvurmadıkları sorulur ve ülkemizde aile planlaması hizmeti veren kuruluşların yazılı olduğu kartlar katılımcılara dağıtılır.

Aile planlaması yöntemlerinin neler olduğu sorulur; katılımcılara aile planlaması yöntemlerinin isimleri ve etki mekanizmaları çok kısa anlatılır, şu an hangi yöntemi kullandıkları veya ilerde kullanmayı düşündükleri yöntemi küçük kâğıtlara yazmaları istenir.

Öncelikle etkisi sınırlı olan (geleneksel) doğum kontrol yöntemleri anlatılır, bunların kullanılmaması gerektiğinin altı çizilir.

Daha sonra etkinliği fazla olan (modern) doğum kontrol yöntemlerinin isimleri sayılır, ilk olarak gebeliği önleyici hapların etki mekanizması, olumlu ve olumsuz yönleri, hapların nasıl kullanılacağı, hap kullanmaya başlamadan önce mutlaka bir sağlık kuruluşuna gidilmesi gerektiği, hap alımları unutulduğunda ne yapılması gerektiği ve dikkat edilecek hususlar power-point gösterisiyle anlatılır.

21'lik ve 28'lik gebeliği önleyici haplar katılımcılara gösterilir, ikisi arasındaki farklar anlatılır ve katılımcılardan hapları incelemeleri istenir. Bu hapları herkesin kullanamayacağı, hap kullanmaya başlamadan önce bir sağlık kuruluşundan mutlaka danışmanlık alınması gerektiği tekrarlanır.

Rahim içi araçlar, halk arasında yaygın kullanılan ismi ile spirallerin önce çeşitleri anlatılır, daha sonra eğitimci tarafından getirilen bir spiral katılımcılara gösterilir ve katılımcılardan teker teker incelemeleri istenir.

Katılımcılara rahim içi araçların yalnızca sağlık kuruluşlarında belli bir muayeneden geçtikten sonra uygulanabileceği anlatılır. Rahim içi araçların etki mekanizması, olumlu ve olumsuz yönleri, uygulama zamanları, kimlerin bu yöntemi kullanamayacağı ve dikkat edilecek hususlar power-point gösterisiyle sunulur.

Yöntemlerden kondom (prezervatif, kılıf) konusuna geçmeden önce konuyla ilgili karikatürler gösterilir, katılımcıların eğlenmeleri sağlanır. Katılımcılara kondomlar dağıtılır ve cinsel yolla bulaşan hastalıklardan koruyan tek yöntemin kondom olduğu ifade edilir.





Kondomun etki mekanizması, uygulamada etkili olabilmesi için nelere dikkat edilmesi gerektiği, olumlu yönleri ve yan etkileri power-point gösterisiyle anlatılır.

Etkinliği fazla olan ancak çok fazla kullanılmayan diğer aile planlaması yöntemlerinden; enjeksiyonlar, norplant (deri altı çubukları), spermisitler, diyafram ve kadın kondomu anlatılır.

Katılımcılara aile planlaması yöntemlerinden cerrahi yöntemleri daha önce duyup duymadıkları sorulur. Tüp ligasyonu (kadında tüplerin bağlanması) ve vazektomi (erkeklerde kanalların bağlanması) yöntemleri power-point gösterisiyle anlatılır ve bu yöntemlerin, başka çocuk istemeyen, doğurganlıklarını sona erdirmek isteyen çiftler için uygun olduğu ve geri dönüşünün olmadığı tekrar vurgulanır.

Tüm yöntemler anlatıldıktan sonra yöntemlerin isimleri renkli kartlara yazılarak bir poşetin içine atılır. Katılımcılardan torbanın içinden bir kart çekmeleri

ve kartta yazılan yöntemin etkisinin sınırlı mı, etkili mi olduğunu ve ayrıca kadına mı, erkeğe mi ait bir yöntem olduğunu söylemeleri istenir.

Katılımcıların soruları yanıtlandıktan sonra, tüm korunma yöntemlerinin seçiminde eşlerin birlikte kararının, onayının ve tercihinin esas olduğu vurgulanarak eğitime son verilir.

Kadın Sağlığı (V. Oturum)

Konular:

1. Meme ve Meme Ca tanımları
 - a. Meme Ca görülme sıklığı ve nedenleri
 - b. Meme Ca belirtileri ve risk faktörleri
 - c. Meme Ca'da tanı ve tedavi süreci
2. Kendi Kendine Meme Muayenesi
 - a. KKMM'nin önemi
 - b. Muayene yöntemleri



Genel Amaçlar

- Meme kanserinde erken tanı ile ölüm oranlarının azaltılabileceği konusunda bilgilendirmek,
- Kendi kendine meme muayenesi taraması ile kadınların meme sağlığına ilişkin farkındalıklarını artırmak,
- Meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi konusunda bilinç düzeyini yükseltmek.

Hedef Davranışlar:

- Meme kanserinin tanımını yapmak,
- Meme kanserinin uyarıcı belirtilerini sıralamak,
- Tarama testlerinin neler olduğunu söylemek,
- Kendi kendine meme muayenesinin amacını anlatmak,
- Kendi kendine meme muayenesinin aşamalarını sıralamak,
- Meme kanserinin erken tanısı ve tedavisi ile yaşam kalitesinin yükseltilebileceğini algılamak,

- Kendi kendine meme muayenesini bilmenin kadın sağlığı açısından önemini kavramak,
- Kendi kendine meme muayenesi ile meme yapılarını tanımlamak ve memelerde oluşan değişiklikleri değerlendirmek,
- Kendi kendine meme muayenesi için vücudun hazır duruma nasıl getirebileceğini açıklamak,
- Meme maketi üzerinde meme muayenesini göstermek.

Yöntem ve Teknikler:

- Soru-cevap
- Tartışma
- Demonstrasyon

Araç-Gereçler:

- Slayt projektörü
- Bilgisayar
- Flip-chart
- Öğrenim rehberleri
- Meme maketi
- Pembe kurdeleler



İşleniş:

Eğitimci oturuma “*Küçük Pembe Kurdele*” isimli güzel bir hikâye okuyarak başlar.

KÜÇÜK PEMBE KURDELE



Orta yaşlı ve düzgün giyimli bir adam sessizce kafeteryaya girerek köşedeki masaya oturur. Garsona siparişi vermek için beklerken yan masadaki gençlerin kendisine bakarak gülüşüklerini fark eder. Belli ki yakasına taktığı küçük pembe kurdele şeklindeki rozetine gülmektedirler. Bu alaylı bakışları görmezden gelen adam, yan masadakilerin bu ısrarlı sırtımlarına dayanamayarak elini lacivert ceketinin yakasındaki rozete götürerek, “Bu mu?” Diye bakışanlara sorar. Yan masadakiler yüksek sesle gülererek, “Küçük pembe kurdeleniz lacivert ceketinize pek de yakışmış!” diyerek sırtımaya devam ederler. Orta yaşlı adam bu sözü söyleyen delikanlıya dönerek, “Lütfen masama buyurun bunu tartışalım “ der.

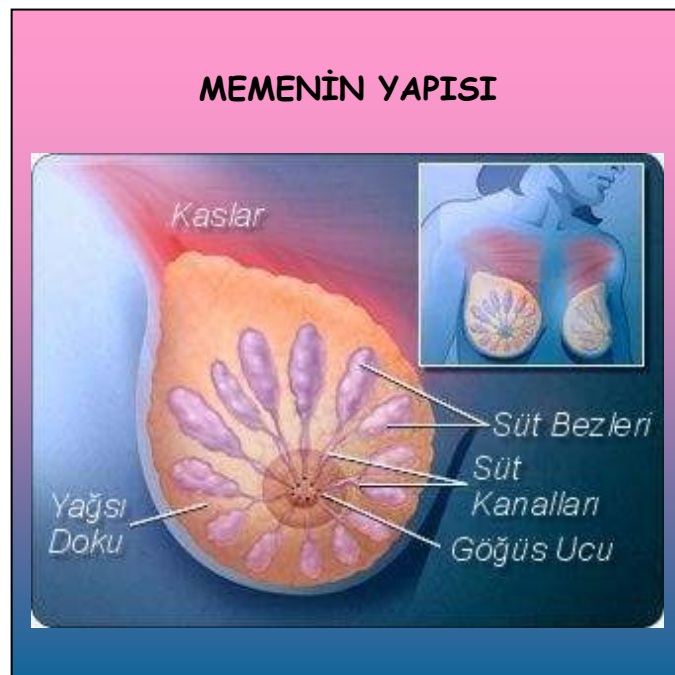
Biraz önce tüm sevimsizliğiyle sırtan delikanlı sebebini anlamadığı bir utanma ve sıkıntı hissine kapılsa da gelip masaya oturur. Adam anlaşılır ve yumuşak bir sesle: “Bu rozet tüm dünyada, içinde olduğumuz ayda, kadınların arasında meme kanseri bilincini yaygınlaştırmayı ifade ediyor. Ben bu rozeti annemin adına takıyorum” der. Bu açıklama karşısında başkalaşan delikanlı, “Çok üzüldüm, anneniz meme kanserinden mi öldü?” diye sorar. “Hayır” diye cevap verir orta yaşlı adam ve devam eder: “Annem sağ. Küçük bir çocukken kendimi yalnız hissettiğim korkulu anlarımda her zaman başımı saklayabileceğim ve huzur bulacağım yumuşak bir yuvadır annemin memeleri. Annemin sağlığı için dua ediyorum. “Himmmmm” diye kekeler delikanlı.

“Bu rozeti karım için takıyorum” diye devam eder orta yaşlı adam. “Karınız da herhalde iyi diye sorar delikanlı. “Evet, evet” der adam “Karım benim için aşk ve sevgi kaynağı olmuştur her zaman. 23 yıl önce sevgili kızımızı beslemiştir memesiyle. Karımın sağlığı için Allah’a şükrediyorum.” “Sanırım kızınızın sağlığı içinde takıyorsunuz?” “Hayır....Kızımı bir ay önce meme kanseri nedeniyle kaybettik. Yaşının çok genç olduğunu düşünerek ihmal etmiş memesinde fark ettiği kitleyi. Bu nedenle geç kaldık.” Genç delikanlı yüzündeki utanç ve üzüntülü bir ifadeyle, “Çok üzgünüm bayım özür dilerim “ der.... Orta yaşlı adam “Kızımın anısına övünerek takıyorum bu küçük pembe kurdeleyi. Bu sayede çevremdekileri de aydınlatabiliyorum.”

Şimdi evine git, karınla, kızınla, annenle konuş “ deyip cebinden çıkardığı küçük pembe kurdele rozetini uzatırken, delikanlı öne eğilir ve takmama yardım edebilir misiniz?” diye mahcup mahcup sorar.

Hikâye bitiminde katılımcılara kadınlarda görülen kanserlerin başında meme kanserinin geldiği, muayene kolaylığı nedeniyle erken tanı şansına sahip ve tedaviye cevap verebilen bir kanser olduğunu eğitimi tarafından söylenir ve oturum konusunun meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi olduğu ifade edilir.

“*Memenin Yapısı*” flip-chartla katılımcılara gösterilir, meme kanserinin ne olduğu ve görülme sıklığı katılımcılarla paylaşılır.



Katılımcılara hangi kadınların meme kanserine yakalanma riskine sahip olduğu sorusu yöneltilir. Verilen cevapların ardından risk faktörleri tahtaya yazılarak her bir madde ayrıntılı olarak açıklanır.

Meme kanserinin uyarıcı belirtileri power-point gösterisiyle resimler üzerinde anlatılır.

Tarama testleri ve kendi kendine meme muayenesi konularına değinilir, katılımcılara memelerini daha önce hiç muayene edip etmedikleri sorulur.

Muayene yöntemleri önce power-point gösterisiyle anlatılır, daha sonra biri sağlam, diğeri kistli olan meme maketinde memelerin nasıl muayene edileceği eğitimci tarafından gösterilir ve ardından teker teker katılımcılara meme maketi üzerinde meme muayenesi yaptırılır.

Son olarak kanser olan kadınlarda uygulanan cerrahi yöntemlere değinilir ve katılımcılarla birlikte, meme kanserine dikkat çekmek için sembolleşen pembe kurdeleler yapılır ve katılımcılarda göğüslerine bu kurdeleleri takmaları istenir.

“Biz Melekler” adlı slayt gösterisinin izletilmesinden sonra oturuma son verilir.

Sağlığa Zararlı Alışkanlıklar (VI. Oturum)

Konular:

1. Sağlığa Zararlı Alışkanlıklar
 - a. Bağımlılık yapan maddelere başlama nedenleri
 - b. Bağımlılık yapan maddelerin insan vücudu üzerindeki olumsuz etkileri
2. Sigara ve Zararları
 - a. Sigaranın içindeki zararlı maddeler
 - b. Sigaranın sebep olduğu hastalıklar
 - c. Gebelik döneminde sigara içmenin bebek üzerindeki olumsuz etkileri
 - d. Pasif içicilik
 - e. Sigarayı bırakma teknikleri
3. Alkol ve Uyuşturucu Maddelerin Zararları
 - a. Alkol ve uyuşturucu madde bağımlılığının sebep olduğu hastalıklar
 - b. Alkol ve uyuşturucu madde bağımlılığının tedavisi



Genel Amaçlar

- Bağımlılık yapan maddelerin zararları hakkında bilinç düzeyini yükseltmek,
- Bağımlılık yapan maddelerden uzak durmak konusunda sağlıklı bir tutum oluşturmak.

Hedef Davranışlar:

- Bağımlılık yapan maddelere neden başlandığını söylemek,
- Sigara kullanımı nedeniyle kadınlarda görülen üreme sağlığı sorunlarını listelemek,
- Gebelikte sigara kullanımının bebek üzerindeki etkilerini anlatmak,
- Alkolün zararlarını açıklamak,
- Madde bağımlılığının ne olduğunu ve zararlarını anlatmak,
- Bağımlılık yapan maddelerden nasıl korunulacağını ifade etmek,
- Bağımlılık yapan maddelerin sağlığa zararlı olduğunu savunmak,
- Sigara alışkanlığından, alkol ve madde bağımlılığından korunma ilkelerini listelemek,
- Çevrelerindeki insanlara bağımlılık yapan maddelerin sağlığa zararlarını anlatmak.

Yöntem ve Teknikler:

- Soru-cevap
- Tartışma
- Düz anlatım

Araç-Gereçler:

- Slayt projektörü
- Bilgisayar
- Flip-chart

İşleniş:



Eğitimci, oturuma “Yeni Kavramlar” oyunu ile başlar.

interaktif

YENİ KAVRAMLAR OYUNU

AMAÇ: Katılımcıları eğitim konusu üzerine yoğunlaştırmak

GEREÇLER: Kâğıt tahtası

SÜRE: 5 Dakika

UYGULAMA: Üç ya da dört küçük grup oluşturulur. Kâğıt tahtasına “İNERAKTİF” sözcüğü yazılır. Bu sözcükten en az üç harfli, anlamlı sözcükler üretmeleri için gruplara 5 dakika verilir.

Beş dakika içinde en çok sözcük üreten grup kazanır.

Gruba, sağlığa zararlı alışkanlıkların neleri çağrıştırdığı sorulur ve yanıtlar tahtaya yazılır.

Katılımcılara sağlığa zararlı alışkanlıklardan herhangi birisini kullanıp kullanmadıkları sorulur. Bu maddelerden herhangi birisini kullananlara neden başladıkları sorulur ve yanıtlar dinlenir.

“Sigaranın Faydaları” isimli flip-chart katılımcılarla paylaşılır ve eğlenceli bir ortam hazırlanır.

SİĞARANIN FAYDALARI ☺

- Sigara içeni köpek ısırılmaz, çünkü yanında baston taşır
- Evine hırsız girmez, çünkü sabahlara kadar öksürür.
- Üzerine sinek konmaz, çünkü buram buram nikotin kokar.
- Fazla yorulmaz, çünkü yorulunca tıkanacağını bilir.
- Yürümek için zorlanmaz, çünkü tekerlekli iskemlede gezdirilir.
- İhtiyarlamaz, çünkü genç yaşlarda sevdiklerine kavuşur.
- Yüzlerine renk gelir, çünkü dişleri ve bıyıkları sapsarı olur.
- Vücutları bir kuş gibi hafifler, çünkü ileri dönemdeki dolaşım bozukluğundan dolayı önce parmakları, sonra el ve ayakları kesilir.

Sigaranın içindeki zehirli maddeler ve günlük hayattaki kullanım alanları katılımcılara gösterilerek dikkatleri çekilmeye çalışılır. Sigara içilmesinin vücuttaki etkilerini gösteren broşür katılımcılara dağıtılır ve broşür üzerinde açıklamalarda bulunulur.

SİĞARA İÇİLMESİNİN VÜCUTTAKİ ETKİLERİ

CİLT: Cilt bozukluğu

AĞIZ ve YUTAK: Kanser

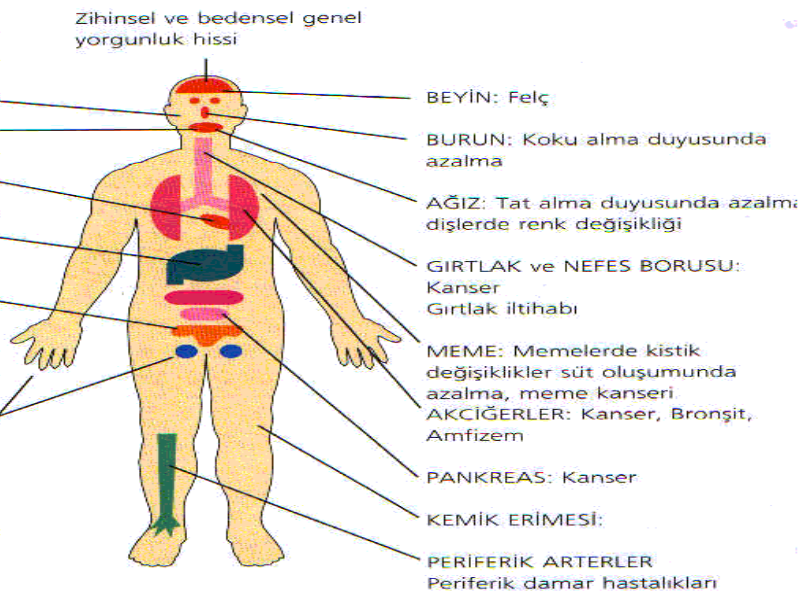
KALP: Koroner arter hastalığı

YEMEK BORUSU ve MİDE: Kanser, Ülser

RAHİM ve YUMURTALIKLAR: Kısırlık, Çocuk düşürme, Cenin gelişiminde gecikme, Erken menapoz, Rahim kanseri

TESTİSLER: Döllenmede azalma

ELLER: Parmaklarda sararma



Pasif içicilik, gebelikte sigara içmenin bebek üzerindeki olumsuz etkileri, resimlerle açıklanır.

Sigarayı bırakma teknikleri anlatılırken, grupta sigara içenlerin sigarayı bırakma yolları dinlenir, doğru teknikler tekrarlanır.

Alkol ve uyuşturucu maddeler konusuna giriş yapılır; insana ve çevreye olan olumsuz etkileri sıralanır. 1974 Türkiye güzeli seçilen Melek Ayberk'in uyuşturucu madde bağımlısı olduktan sonraki resmi ile Türkiye güzeli seçildiği zamanki resmi karşılaştırılır, katılımcıların görüşleri alınır.



Aile İçi İletişim (VII. Oturum)

Konular:

1. İletişimin Tanımı
 - a. İletişim sürecinin temel ögeleri
 - b. Empati ve dinlemenin önemi
2. Aile içi İletişim
 - a. Aile içi iletişim engelleri
 - b. Çocukla ve ergenle iletişim
 - c. Aile içinde empati kurabilme
 - d. Aile içinde etkili dinleme becerisi
 - e. Aile içi iletişimde ben dilinin önemi
 - f. Aile içi şiddet



Genel Amaçlar

- Aile içi etkili iletişim kurma konularında bilgi sahibi olmak,
- Ergenlerin davranışlarını yönlendirirken ve değerlendirirken duruma daha geniş bir perspektiften bakmalarını sağlamak,
- Aile içinde istenmedik tutumlarda istendik yönde değişimin olmasını sağlamak,
- Takdir etme, sevme, dinleme, konuşma, empati kurma gibi ögeler konusunda bilgi ve beceri sahibi olmak,
- Bireyin hem kendi iç iletişimini, hem de aile ve çevreleriyle olan iletişimini daha bilinçli ve denetimli yönlendirebilmesine yardımcı olmak.

Hedef Davranışlar:

- Aile içi iletişim engellerinin neler olduğunu ve bunların ilerde ne gibi sorunların ortaya çıkmasına neden olabileceğini söylemek,

- Ergenlerin sağlıklı birer yetişkin olmalarının sağlıklı ilişkilerin olduğu aile ortamıyla yakından ilgili olduğunu anlatmak,
- Etkin dinlemenin aile içinde sıcak bir dostluk havası geliştireceğini savunmak,
- Ben dilinin olumlu yanlarını ve sen dilinin hangi iletişim engellerini içerdiğini listelemek,
- Toplum içinde aile, aile içinde de aile içi iletişimin çok önemli olduğunu algılamak,
- Empatik iletişim kurabilmek için, öncelikle kişinin duygularını, düşüncelerini ve aynı zamanda da düşüncelerinin hissedilen boyutunun doğru algılanmasının zorunlu olduğunu kavramak,
- Öğrenmeyi, bir beceri haline getirmenin en sağlıklı yerinin aile olduğunu ve burada öğrenilenlerin yetişkin yaşamdaki ilişkileri olumlu yönde etkileyeceğini benimsemek,
- Yalnız kendi bireysel gelişimlerini değil, aile kültürünü ve geleceğini de olumlu yönde etkileyebileceklerini kabul etmek,
- Ailede yaşanan değişiklikler karşısında daha esnek ve yapıcı olmak,
- Hem bireysel hem de beraberce belirlenen hedeflere bilinçli ve programlı bir biçimde ulaşabileceğini kabul etmek,
- Birbirlerini değiştirmek yerine birbirlerini anlayarak istedikleri aile yaşamını sağlayabileceklerini savunmak.

Yöntem ve Teknikler:

- Soru-cevap
- Tartışma
- Vaka çalışması
- Düz anlatım

Araç-Gereçler:

- Slayt projektörü
- Bilgisayar
- Flip-chart

- “Mavi İlkbahar” eğitim CD’si



İşleniş:

Oturuma “Yaşamın Yankısı” isimli küçük hikâyeye başlanır ve iletişimin tanımı ile iletişim sürecinin temel öğeleri açıklanır.

YAŞAMIN YANKISI

Bir zamanlar bir baba ile oğul dağlık bir bölgede yürüyüşe çıkmışlardı; bir ara nasıl olduysa çocuğun ayağı kaydı ve incindi çocuk acıyla bağırdı: “Aaaahhh!!!.....”.



Karşı dağlarda yankı yapan sesi geri döndü:

“Aaaahhh!!!.....”.

Daha önce böyle bir durumla karşılaşmamış çocuk bu kez : “Sen kimsin ?” diye sordu. Cevap gelmekte gecikmedi: “Sen kimsin ?”

Sinirlenen çocuk: “ Sen bir korkaksın!” diye bağırdı. Dağdan “Sen bir korkaksın!” yanıtını aldı. Bu olanlara bir anlam veremeyen çocuk babasına neler olduğunu sordu.

Babası, “Şimdi dikkatlice beni izle oğlum.” dedi ve yüksek sesle bağırdı:

“Hayatı çok seviyorum!”. Karşı dağlardan aynı ses geldi:

“Hayatı çok seviyorum!”

Baba : “Sana hayranım!” dedi; yankı da: “Sana hayranım!” dedi.

Baba : “Sen harikası!” dedi; yankı da: “Sen harikası!” dedi.

Çocuğun şaşkınlığının daha da arttığını gören baba, ona durumu şöyle açıkladı:

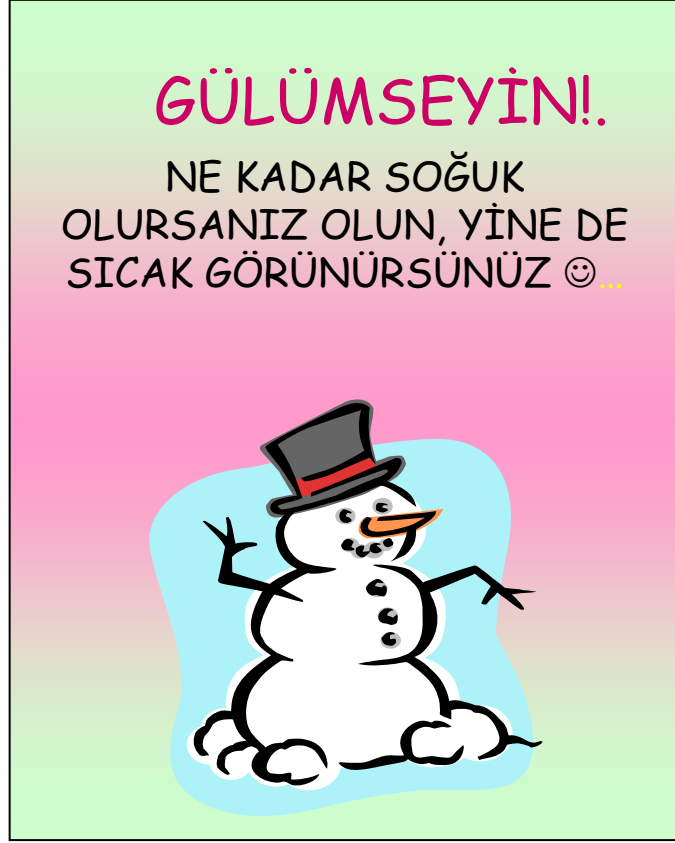
“Bu, yankı adı verilen bir tabiat olayıdır. Ama hayatı da çok iyi anlatır. Yani yaşamdan ne istiyorsan önce onu sen vermelisin. Verdiklerin aldıkların olacaktır. Tatlı sözler tatlı yankılar oluşturur. Sevilmek istiyorsan önce sen sevmelisin. Saygı istiyorsan önce sen saygı duymalısın. Anlayış bekliyorsan da bunu önce sen göstermelisin. İletişimin ilk kuralı; yani yaşamda neyle karşılaşmak istiyorsan, yankısını oluşturabilmek için bunu önce sen yapmalısın oğlum.”

“*Martin Luther King'in İletişimle İlgili Söyledikleri*” tahtaya yazılır ve katılımcıların görüşleri alınır.

**İNSANLAR,
BİRBİRLERİNDEN NEFRET EDİYORLAR,
Nefret ediyorlar,ÇÜNKÜ
BİRBİRLERİNDEN KORKUYORLAR.
Korkuyorlar,ÇÜNKÜ
BİRBİRLERİNİ TANIMİYORLAR.
Tanımıyorlar,ÇÜNKÜ
BİRBİRLERİYLE İLİŞKİLERİ YOK.**

MARTIN LUTHER KING

Beden dili ve hareketlerimizin ne anlama geldikleri slayt gösterisiyle anlatılır, gülümsemenin iletişimdeki önemini anlatan flip-chart tahtaya asılır.



Empatinin tanımı yapıldıktan sonra empatik iletişimle ilgili bir uygulama yapılır. Eğitimci katılımcılara “Şimdi size bir ev hanımı tarafından dile getirilen bir sorunu iletelim. Bu sorunu dikkatle dinleyelim. Sorun sahibinin karşımızda olduğunu hayal ederek ona önereceğimiz çözüm yollarını düşünelim. Ev hanımı şunları söylüyor; yemek, çamaşır, temizlik, dikiş, alışveriş, çocuklar... Bütün gün tek başıma koşturuyorum; yine de yetiştiremiyorum. Kendime ayıracak 5 dakikam yok. Kendimi mutfakla banyo arasında hapsolmuş hissediyorum. Buyurun bu ev hanımına ne söylerseniz?” sorusunu yöneltir.

Katılımcıların yanıtları dinlenir ve eğitimci, katılımcılara yönelerek “Şimdi kendinizi az önce sorununu dile getiren ev hanımının yerine koyun; onun rolüne girmeye çalışın. Siz bu hanımın rolündeyken az önce söylenen sözler sizi rahattı mı?” sorusunu yöneltir.

Eğitimci biraz önce söylenen sözler yerine “Yerinde olsam ben de sıkılırdım”, “Sen de aynı benim gibisin”, “Bunca iş karşısında kendini çaresiz ve yalnız hissediyorsun”, Bu kadar işi tek başına yapmak zorunda kalman, seni öfkeliendiriyor” gibi sözler söylenseydi rahatlayabilir miydiniz? der ve katılımcıların tekrar görüşlerini alır.

Sözlü empatik mesajlara yerine uygun sözsüz mesajların örneğin dostça bir kola dokunuşun da eklenmesi durumunda, kurulan empatinin kalitesinin daha da artacağı ifade edildikten sonra etkin dinleme konusuna giriş yapılır.

Eğitimci katılımcılara “Şimdi sizlere bir hikâye okuyacağım. Bu hikâyede bir anne ile kızı var. Hikâyeyi dinledikten sonra bu ailenin sıkıntılarının nereden kaynaklandığını birlikte bulalım.” diyerek “*Ayten Hanım ve Kızı Zeynep*” adlı hikâyeyi okur.

AYTEN HANIM VE KIZI ZEYNEP

O gün Ayten Hanım'ın kızı Zeynep, okuldan eve geldiğinde Ayten Hanım kapıyı açtı, Zeynep hiçbir şey demeden eve girdi. Çantasını kapının önüne attı. Suratı asıktı. Ayten hanım "Ne oldu kızım, okul nasıldı?" diye sordu.

Zeynep, "Hiç işte her zamanki gibi" dedi. Önlüğünü çıkardı, onu da yatağın üstüne attı.

Ayten Hanım "Niye o zaman her şeyini fırlatıp atıyorsun, ne oldu söylesene" dedi. Zeynep de ağlayarak "Öğretmen ders anlatıyordu, ben anlamamıştım, tam yanımdaki arkadaşına soruyordum, öğretmen yakaladı, bütün sınıfın önünde bana kızdı, tembel dedi, herkes bana güldü" dedi. Ayten Hanım da kızına "Öğretmenin tabi kızarsın, bir dahaki sefere dikkatli dinlersin" dedi.

Zeynep de "Ama herkes konuşuyor, hem ben dersi anlamadığım için soruyordum" dedi. Ayten Hanım "Kızım sen hatalısın, burada ağlayacağına sınıfta, niye konuştuğunu söyleseydin ya, ben senin yerinde olsaydım söylerdim" dedi. Zeynep daha hızlı ağlamaya başladı.

Annesi de "Bak hala ağlıyor, hem merak etme ben öğretmenini gördüğümde söylerim, bir şey olmaz" dedi. Üstelik "Biraz daha ağlarsan, öğretmenine ben şikâyet ederim, bak Elif'ten (kardeşi) böyle şeyler geliyor mu, ne güzel geçiniyor okulda, hadi bakalım çantayı al, ortalığı dağıtma" dedi.

Zeynep de hırslı bir şekilde içeriye giderken, kardeşi Elif'e bir dirsek attı. Bu sefer kardeşi de ağlamaya başladı.

Hikâye okunduktan sonra grupta yaşanan sıkıntıların nedenleri ve doğru yaklaşımların neler olması gerektiği tartışılır.

Katılımcılar önce eşleştirilir, daha sonra iki gruba ayrılır, birinci grup dışarıya çıkarılır ve eğitimci içeriye girdiklerinde eşlerine bir dertlerini anlatmalarını söyler; içerdeki katılımcılara ise eşleri bir şeyler anlatmaya başladığında onları dinlememelerini, sözlerini kesip başka bir işle uğraşmalarını, gözlerine bakmamalarını söyler ve dışarıdakileri içeriye alır. Bu sırada bir dertlerini anlatmaya çalışan fakat dinlenilmeyen grubun yaşadığı sıkıntılar gözlenir. Dinlemenin önemi üzerinde tekrar durularak katılımcıların görüşleri alınır.

Katılımcılara "*Mavi İlbahar*" adlı aile içi ilişkileri yansıtan videokaseti izlettirilir ve video ardıl incelemesi yapılır. Katılımcılar aile içi yanlış ilişkiler ve aile içi şiddet hakkındaki görüşlerini dile getirirken, aile içinde yaşadıkları benzer sorunları grupta paylaşır ve hep beraber çözüm yolları bulunmaya çalışılır.

İletişim engelleri, başlıklar halinde ve örnekler verilerek slayt gösterisiyle anlatılır, sen ve ben dili arasındaki farklar üzerinde durulur.

Eğitim sonunda katılımcılara “Bir Yemek Tarifi” dağıtılır ve oturum katılımcıların soruları yanıtlanarak sonlandırılır.

YEMEĞİN ADI: İNSANLIK

KULLANILACAK MALZEMELER:

Bir Ölçek: **GÜNAYDIN**
İki Ölçek: **İYİ GÜNLER**
Birazcık: **İLGİ**
Bir Tutam: **ANLAYIŞ**
Kararınca: **NEZAKET**
Bir tatlı kaşığı: **HOŞGÖRÜ**

HAZIRLANIŞI:

Malzemeyi iç dünyanızdan alın, yıkamaya gerek yoktur, nasılsa malzemeniz temizdir. Gönül teknenizde nazikçe karıştırın. Kokusu her yanınıza sinince, içine duygu şerbeti ekleyip karıştırın. Karışımı hayat tabağının üzerine yavaşça yerleştirin. Üstünü sevgi marmelatıyla süsleyin. Bir kaç parça gökkuşağı rengi ile süsleyin. Gün boyu afiyetle yiyin.

**Sadece kendiniz yemeyin, herkese verin...
AFİYET OLSUN...**

***Bu yemeği
herkes yapsın!***



EK 6: Eğitim Ortamından Bazı Görüntüler



